

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202202157

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het aanbrengen van 6 implantaten in de bovenkaak met hierop een vaste brugconstructie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding geweigerd, omdat de zorgverzekering alleen dekking kent voor het aanbrengen van implantaten die dienen als steun voor een uitneembare prothese. Aangevraagd is een vaste constructie. De aanvullende ziektekostenverzekering dekt - samengevat - 80% van de kosten van de verzekerde mondzorg, tot een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar.
- 1.2. De commissie overweegt dat op grond van de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving in geval van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak aanspraak bestaat op het aanbrengen van implantaten die dienen als steun voor een uitneembare prothese. Tussen partijen is niet in geschil dat bij verzoekster sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Daarentegen staat wel vast dat de implantaten worden aangebracht als steun voor een vaste constructie. Daarmee wordt niet voldaan aan de voorwaarde zodat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat.
Ten aanzien van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster geen verdere stellingen betrokken. Na raadpleging van de verzekeringsvoorwaarden concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar de bestaande aanspraken juist heeft samengevat.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 6 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 november 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 28 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 december 2023 aan verzoekster gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 23 januari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023054166) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 januari 2024 aan partijen gestuurd. Bij e-mailbericht van 30 januari 2024 heeft verzoekster op het advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 februari 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 6 maart 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 januari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 20 maart 2024 heeft het Zorginstituut de commissie een definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 21 maart 2024 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 22 maart 2024 respectievelijk 28 maart 2024 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van beide reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering VGZ Aanvullend Best is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Uit de stukken blijkt dat op 17 november 2022 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag is gedaan voor een tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van 6 implantaten in de bovenkaak met hierop een vaste brugconstructie. Bij brief van 21 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 november 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar een door hem op 6 december 2022 ontvangen aanvraag, opnieuw afwijzend beslist. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op de mogelijkheid dat de behandelend tandarts/implantoloog verzoekster voor een expert opinion verwijst naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Verzoekster bezocht het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde van het Anna Ziekenhuis in Geldrop op 6 maart 2023. De tandarts aldaar ontraadde de aangevraagde behandeling en stelde als alternatief voor een nieuwe gebitsprothese op 4 implantaten met drukknoppen en een nieuwe suprastructuur. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierop laten weten dat het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor deze behandeling een aanvraag kan indienen.
- 3.4. Bij brief van 23 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 20 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het aanbrengen van 6 implantaten in de bovenkaak met hierop een vaste brugconstructie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Door verzoekster zijn offertes ter zake overgelegd ten bedrage van € 11.048,14 en € 508,24.
- 4.2. In haar brief van 21 november 2022, die bij het klachtenformulier was gevoegd, heeft verzoekster toegelicht dat een bacteriële infectie ertoe heeft geleid dat zij op 12 februari 2014 al haar boventanden heeft moeten laten trekken. Haar toenmalige tandarts had de situatie niet goed ingeschat, waardoor het bovengebitt verloren is gegaan. Verzoekster was op dat moment 35 jaar oud.
- Inmiddels is zij toe aan het derde 'klikgebit'. Deze gebitsprothese is al zes keer aangepast. De klachten nemen echter niet af. De prothese floept eruit, veroorzaakt pijn en schuurt. Er is sprake van wangbijten en slecht genezende wondjes. Verzoekster kan maar één kant goed gebruiken. Zij heeft chronische pijn en hoofdpijn. De impact van de klachten is groot, ook mentaal. Als het 'klikgebit' 's nachts uit mag is dit een verademing. Als oplossing heeft haar volgende tandarts een slaapbeugel voorgesteld. Volgens verzoekster is dit evenwel geen echte oplossing, maar wordt alleen gekeken welke zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Om die reden is een nieuwe uitneembare gebitsprothese ook geen optie.
- Verzoekster heeft zich gewend tot een andere tandarts/implantoloog. Deze stelde vast dat de implantaten weliswaar goed waren geplaatst, maar dat er teveel botopbouw was. Mede door haar schedelstructuur zit de huidige gebitsprothese te laag, en ontstaat er ruimte. Ook is gebleken dat haar tandvlees bloot lag. De tandarts/implantoloog heeft voorgesteld 6 implantaten aan te brengen in de bovenkaak met hierop een vaste constructie.
- Verzoekster tekent aan dat iedereen nu kan zien dat zij 'neptanden' heeft, mede gezien haar leeftijd. Zij wijst erop dat naast de zorgverzekering een aanvullende ziektekostenverzekering is afgesloten en dat voor deze verzekeringen altijd netjes premie is betaald. Verzoekster heeft intussen verschillende dure behandelingen ondergaan, die wel door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, maar deze hebben niet geholpen. In haar latere correspondentie, met name de brief van 6 oktober 2023, heeft verzoekster het voorgaande herhaald. Bij e-mailbericht van 30 januari 2024 heeft verzoekster, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut, verklaard dat zij, voordat de implantaten konden worden geplaatst, een beenmergtransplantatie heeft ondergaan. Volgens de implantoloog was dit noodzakelijk vanwege de zeer ernstig geslonken kaak. Zonder de transplantatie zouden de implantaten niet kunnen worden aangebracht.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brieven opmerkt dat haar tandheelkundige situatie bijzonder is. Desondanks stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat de bovenkaak niet ernstig geslonken is. Deze twee dingen kan verzoekster niet met elkaar rijmen en kloppen ook niet. Voordat de implantaten werden aanbracht heeft een beenmergtransplantatie plaatsgevonden. Zo'n transplantatie is alleen noodzakelijk als de kaak ernstig is geslonken. Daar komt bij dat verzoekster de adviezen van de specialisten heeft opgevolgd. Ook het voorgestelde traject van implanteren in combinatie met een vaste constructie is bedacht door de behandelend specialisten. Wat verzoekster nu merkt is dat de verschillende specialisten met elkaar van mening verschillen over wat de beste oplossing is. Verzoekster zit hier tussenin en dreigt nu de dupe te worden doordat een groot deel van de kosten niet wordt vergoed. Tegen verzoekster is gezegd dat implantaten met een vaste constructie de enige oplossing voor het probleem vormen. Wat haar stoort is dat er alleen wordt gekeken naar de regels en niet naar de persoon. Als zij alles van te voren zou hebben geweten, zou zij waarschijnlijk voor een andere oplossing hebben gekozen. Verzoekster heeft verder opgemerkt dat het bezoek aan de tandarts van het CBT maar 5 minuten heeft geduurd. Daarnaast heeft de

betreffende tandarts een heel andere verklaring op schrift gesteld dan aan haar is verteld. Het hele bezoek is niet netjes verlopen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn beslissing van 21 november 2022, respectievelijk 13 december 2022 te kennen gegeven dat op grond van de zorgverzekering het aanbrengen van implantaten alleen wordt vergoed als deze dienen als steun voor een uitneembare gebitsprothese. Aangevraagd is echter een vaste brugconstructies op 6 implantaten. Mogelijk bestaat wel aanspraak op de door het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voorgestelde oplossing. Hiertoe kan een aanvraag worden gedaan. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering wordt 80% van de kosten van de verzekerde mondzorg vergoed, tot een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij zich er niet op heeft beroepen dat de kaak niet ernstig is geslonken. Dit argument is afkomstig van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag enkel afgewezen omdat de implantaten dienen ter bevestiging van een vaste constructie. Dit komt omdat een vaste constructie op implantaten geen verzekerde zorg is. Het is de ziektekostenverzekeraar, behoudens uitzonderingen, niet toegestaan om meer of minder te vergoeden dan wettelijk is vastgelegd. In het kader van de herbeoordeling is ook gekeken of bij verzoekster sprake is van bijzondere omstandigheden. Dit is, gelet op de criteria uit het zogenoemde Bosentanarrest (Hoge Raad 19 december 2014, ECLI:NL:HR:2014:3679), niet aan de orde omdat (i) niet alle behandelmogelijkheden zijn geprobeerd en (ii) niet is te verwachten dat een vaste constructie deel gaat uitmaken van het basispakket. Wel heeft verzoekster aanspraak op een vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat de behandeling in 2023 is uitgevoerd heeft zij een vergoeding ontvangen van € 1.000,-.
- De ziektekostenverzekeraar maakt uit de overgelegde verklaringen van de behandelend tandarts op dat aan verzoekster twee behandelingen zijn voorgesteld. De eerste behandeling bestond uit het aanbrengen van implantaten en een vaste constructie. De alternatieve behandeling bestond uit het verwijderen van de implantaten, het kaakbot inkorten en herimplanteren met een klikgebit. Uiteindelijk is een aanvraag ingediend voor implantaten met een vaste constructie. Gelet op de tandheelkundige situatie is besloten verzoekster te zien op het spreekuur van het CBT en ook de aldaar werkzame tandarts is tot de conclusie gekomen dat een vaste constructie niet de meest fraaie oplossing is. Als verzoekster had gekozen voor de alternatieve behandeling met het klikgebit waren de kosten waarschijnlijk wél vergoed.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 23 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Bij verzoekster is geen sprake van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen niet ter bevestiging van een uitneembare prothese. De aanvraag ziet op een vaste (brug-)constructie op implantaten.

Conclusie

Bij verzoekster is geen sprake van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van implantaten ten behoeve van een vaste constructie komt niet voor vergoeding in aanmerking op grond van art. 2.7, lid 2, van het Bzv.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster kan geen aanspraak maken op het aanbrengen van implantaten en de hierop te bevestigen vaste constructie ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 20 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Verzoekster heeft vervolgens verduidelijkt dat in het verleden een beenmergtransplantatie heeft plaatsgevonden omdat bij haar sprake was een zeer ernstig geslonken bovenkaak. Daarna konden pas implantaten geplaatst worden. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat de kaak op het moment van de aanvraag ernstig geslonken is. Wellicht wel in een eerder stadium nu verzoekster aangeeft dat er een beenmergtransplantatie is gedaan. De behandelend tandarts heeft voor de huidige situatie een behandelplan opgesteld en er wordt vergoeding gevraagd voor het verwijderen van de oude implantaten en botverlaging, zodat de bothoogte en de beethoogte verlaagd kunnen worden en implantaten geplaatst kunnen worden ten behoeve van een vaste constructie. Er is derhalve ten tijde van de aanvraag in geschil geen sprake van een ernstig geslonken kaak: de kaak wordt juist verlaagd. Daarnaast dienen de implantaten niet ter bevestiging van een uitneembare prothese waardoor vergoeding ten laste van de basisverzekering ook niet mogelijk is."

7. **Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. **Beoordeling**

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg, en meer specifiek die over tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, alsmede die over het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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

- 8.2. Blijkens artikel 2.7, tweede lid, Bzv kan in het kader van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen een indicatie bestaan voor het aanbrengen van implantaten, als bij verzekerde sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak én de implantaten dienen voor het aanbrengen van een (volledige) uitneembare prothese. Artikel 32.2 onder 2. van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
- 8.3. De commissie overweegt dat het Zorginstituut in het voorlopig advies van 23 januari 2024 opmerkt dat bij verzoekster geen sprake is van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Daarnaast dienen de

implantaten niet ter bevestiging van een uitneembare prothese; de aanvraag ziet op een vaste (brug-)constructie op implantaten. Dit advies is herhaald in het definitief advies van 20 maart 2024. De commissie merkt hierover op dat tussen partijen niet in geschil is of bij verzoekster sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat de afwijzing is gelegen in het feit dat een vaste (brug-)constructie op implantaten is aangevraagd. Daarmee is niet voldaan aan het gestelde in artikel 32.2 onder 2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie beperkt zich daarom tot dit onderdeel, en overweegt dat de aangevraagde behandeling, bestaande uit het aanbrengen van 6 implantaten in de bovenkaak met de hierop te bevestigen vaste brugconstructie, gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering en het voorlopig en definitief advies van het Zorginstituut niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.

Ten overvloede merkt de commissie in dit verband op dat het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde de aangevraagde behandeling ontraadt, om esthetische en constructieve redenen. Zo wordt in de brief van 6 maart 2023 gesteld: *“Naar mijn mening zal een vaste constructie niet fraai zijn ivm de hoge lachlijn. Een nieuwe prothese met een nieuwe suprastructuur (2 losse steggen of locators, geen preci horix) in een goede beet zal een esthetisch fraaier resultaat geven. Het nadeel van 6 implantaten en een steg is dat er minder ruimte is voor retentie aan de steg.”*

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.4. Verzoekster heeft erop gewezen dat zij (ook) de aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft samengevat dat deze verzekering dekking biedt op basis van 80% van de kosten van de verzekerde mondzorg, tot een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar. Verzoekster heeft geen argumenten aangeleverd die de samenvatting van de ziektekostenverzekeraar bestrijden. De commissie stelt vast dat artikel 47.3 onder andere ziet op implantaten en dat hier de 80% wordt genoemd, en dat in artikel 50 is bepaald dat de eigen bijdrage voor het kunstgebit - daaronder ook een prothese op implantaten - volledig wordt vergoed, mits het daarbij een uitneembare prothese betreft. Vergoeding vindt steeds plaats met inachtneming van het in artikel 47 genoemde maximum van € 1.000,- per kalenderjaar. De commissie houdt daarom de door de ziektekostenverzekeraar gegeven samenvatting van de dekking voor juist.
- 8.5. Het voorgaande neemt niet weg dat de commissie ten volle begrip heeft voor hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot de klachten die zij ondervindt van haar huidige 'klikgebit'. Hetzelfde geldt voor de twijfels die verzoekster heeft geuit ten aanzien van de door het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voorgestelde alternatieve oplossing. Desondanks is de commissie gehouden te beslissen binnen de kaders die daarvoor in de voorwaarden van de zorgverzekering zijn gegeven en moet zij het verzoek afwijzen.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 april 2024,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- 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.

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.

32.2. Tandheelkundige implantaten

De zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde als u:

1. Een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. 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 drukknooppjes 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 34.

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.

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.

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.

Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden als u 18 jaar en ouder bent.

Dit is niet verzekerd:

- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

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 kaakchirurg.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, orthodontist, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Ook voor een autotransplantaat heeft u vooraf toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 34. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

De zorg omvat een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten als u 18 jaar of ouder bent. De zorg omvat ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de meso-structuur) voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese maakt ook deel uit van deze zorg.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak

III. VGZ Tand Goed, VGZ Tand Beter, VGZ Tand Best

Artikel 47. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheelkundige zorg:

- Periodieke controle en incidenteel consult Artikel 47.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 47.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen Artikel 47.3

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar	maximaal € 1.000 per kalenderjaar

47.1. Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003)

VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

47.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extracties en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

47.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- tandvleesbehandelingen (T-codes);
- kronen en bruggen (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes).

VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke protheses

Voor kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke protheses geldt in de Tand Best een wachttijd van 12 maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke protheses. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering (Tand Best). Kijk voor meer informatie over de wachttijd op onze website.

Artikel 48. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	100% tot maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd orthodontie

Voor orthodontie geldt in de Tand Best een wachttijd van 12 maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering (Tand Best). Kijk voor meer informatie over de wachttijd op onze website.

Artikel 49. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
geen vergoeding	100% tot maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	100% tot maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd orthodontie

Voor orthodontie geldt in de Tand Best een wachttijd van 12 maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering (Tand Best). Kijk voor meer informatie over de wachttijd op onze website.

Artikel 50. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
volledig	volledig	volledig

Artikel 51. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De

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;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

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.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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, vijftientwintig 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.