

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en O.W.M. CZ groep U.A., beide te Tilburg
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten met vaste constructie, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202102068
Zittingsdatum : 27 juli 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V., en
 - 2) O.W.M. CZ groep U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 7 maart 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 25 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 9 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 mei 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft op 10 mei 2022 tweemaal per e-mail gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar. Aangezien uit één van de berichten van verzoeker mogelijk kon worden geconcludeerd dat hij de procedure niet wilde voortzetten, heeft de commissie verzoeker op 12 mei 2022 gevraagd of hij de procedure wil voortzetten of beëindigen. Verzoeker heeft de commissie op 13 mei 2022 meegedeeld dat hij de procedure wil voortzetten. Kopieën van de e-mailberichten van verzoeker en de brief van de commissie zijn op 13 mei 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Bij brief van 7 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022019186) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 juni 2022 aan partijen gestuurd. Zij hebben hierbij de mogelijkheid gekregen schriftelijk op voornoemd advies te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 10 juni 2022 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 20 juni 2022 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 mei 2022 respectievelijk 16 mei 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Gezond (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoeker heeft in zijn tandeloze onderkaak twee implantaten waarop een klikgebit is geplaatst. Hij verdraagt het klikgebit niet en heeft daarom een aanvraag ingediend voor twee extra implantaten en een daarop te plaatsen vaste constructie.
- 3.3. Bij brief van 30 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van het bijplaatsen van twee implantaten in de onderkaak voor een 'all on four brug' in de onderkaak is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 18 maart 2022 heeft zijn huidige tandarts over verzoeker verklaard:

"Bij meneer zijn in 2019 2 implantaten (biocomp 1 fase) geplaatst en is er vervolgens een prothese op gemaakt. Deze wordt nog steeds niet verdragen onda[n]ks dat deze technisch aan de normen voldoet. Er zijn geen drukplekken aanwezig, de occlusie is goed. Het enige is dat meneer deze niet verdraag[t]. Op het moment dat meneer meer ontspannen is kan hij deze wel verdragen. Mijn conclusie is dat de prothese technisch in orde is, alleen dat er psychologisch iets is waardoor meneer iets dat los zit niet kan verdragen."

- 3.6. Bij brief van 7 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het plaatsen van implantaten ten behoeve van een vaste brugconstructie is geen verzekerde zorg. Vanuit de basisverzekering is alleen vergoeding mogelijk van implantaten die dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Ook aan de indicatievoorwaarden voor twee extra implantaten voldoet verzoeker niet, aangezien er geen sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak.

Conclusie

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van twee extra implantaten ten laste van de basisverzekering. Er is bij verzoeker geen sprake van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen niet ter bevestiging van een uitneembare prothese."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten van twee (extra) implantaten en de daarop te bevestigen vaste constructie aan hem moet vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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 A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker verdraagt zijn klikgebit niet. Hij kan dit niet langer dan vijf minuten in zijn mond houden en moet hierbij onophoudelijk kokhalzen. Zijn toenmalige tandarts heeft de prothese in de loop van één jaar een paar keer aangepast. Dit heeft evenwel niet geleid tot het gewenste resultaat. Verzoeker gebruikt daarom de steg, die op twee implantaten rust, als kauwvlak. Dit beperkt hem echter zeer bij het afbijten en kauwen van voedsel. Verzoeker wil daarom in de onderkaak een vaste constructie op implantaten. Hiervoor zijn twee extra implantaten nodig.

Om te voorkomen dat hij ook zijn bovengebit zou verliezen, heeft verzoeker dit op eigen kosten laten restaureren.

- 6.3. Verzoeker heeft voorafgaand aan de aanvraag telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft de situatie uitgelegd en gevraagd of aanspraak bestaat op het aanbrengen van twee extra implantaten en een daarop te plaatsen vaste constructie. Hierop is geantwoord dat dit wordt vergoed als sprake is van een tandeloze onderkaak. Hierbij zou een eigen bijdrage van 10% gelden. Omdat verzoeker het zeker wilde weten, heeft hij de situatie nogmaals uitgelegd en na overleg met een collega heeft de betreffende medewerker bevestigd dat de implantaten en de vaste constructie voor vergoeding in aanmerking komen. Toen verzoeker dit aan de behandelend tandarts vertelde, vertrouwde deze de toezegging niet. Verzoeker heeft daarom nogmaals gebeld met de ziektekostenverzekeraar. In dat gesprek is hem bevestigd dat de implantaten en de vaste constructie voor vergoeding in aanmerking komen. Nadat de behandelend tandarts de aanvraag had ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar deze evenwel afgewezen. Verzoeker benadrukt dat hem bij herhaling is toegezegd dat deze behandeling wordt vergoed.
- 6.4. Verzoeker heeft op 10 mei 2022 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 mei 2022. Hij merkt op dat in het bericht van de ziektekostenverzekeraar van 30 augustus 2021 staat dat geprobeerd is hem te bereiken, maar dat dit niet is gelukt. Dit is volgens verzoeker niet waar. Hij is niet gebeld door de ziektekostenverzekeraar, want dat zou hij op zijn telefoon kunnen zien. Voorts benadrukt verzoeker dat hij tijdens de gesprekken, nadat hij zelf had gebeld met de ziektekostenverzekeraar, heeft uitgelegd hoe zijn gebitssituatie was. En steeds kreeg hij telefonisch een positief antwoord, maar daarna bleken de gespreksnotities er niet meer te zijn. Verzoeker benadrukt dat de prothese volgens de tandarts technisch een goed product is.
- 6.5. Verzoeker heeft op 10 juni 2022 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Hij had al verwacht dat het advies voor hem negatief zou zijn. Dit komt volgens verzoeker, omdat men zich strikt aan de wettelijke kaders wil houden en zich niet verdiept in zijn problematiek. Verzoeker benadrukt dat de prothese prima past, maar dat hij deze niet kan verdragen. Het is dus niet zo dat hij zit te 'piepen' omdat hij de prothese niet lekker vindt zitten. Verzoeker verwijst naar een bericht van de tandarts van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde die hem op 1 april 2022 heeft gezien. Deze tandarts merkt op dat verzoeker last heeft van extreem kokhalzen als gevolg van de prothese. Tijdens het eten verdraagt verzoeker de prothese wel, maar als het eten voorbij is, begint het kokhalzen weer. Ook tijdens tandheelkundige behandelingen is sprake van kokhalzen. Daarom gebruikt verzoeker voor een lange tandheelkundige behandeling een kalmerend middel. Hij kan dan na de behandeling ook zijn prothese verdragen, althans tot het middel is uitgewerkt.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de zorgverzekering noch dekking biedt voor implantaten ten behoeve van een vaste constructie in de tandeloze kaak noch voor de vaste constructie zelf. Daarom heeft hij de aanvraag afgewezen.

Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt niet dat aan verzoeker een toezegging is gedaan. Bovendien worden dergelijke toezeggingen door de ziektekostenverzekeraar nooit telefonisch gedaan, omdat aan de hand van een ingediende aanvraag wordt beoordeeld of is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden.

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor implantaten en/of een vaste constructie.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.7. Bijkens artikel 2.7, tweede lid, Bzv kan in het kader van bijzondere tandheelkunde 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 B.12.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.

De commissie overweegt dat bij verzoeker sprake is van een tandeloze kaak. De implantaten zijn aangevraagd om hierop een vaste brugconstructie aan te brengen. Daarmee is niet voldaan aan het gestelde in artikel B.12.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, te weten dat de prothese uitneembaar moet zijn. Het voorgaande wordt bevestigd in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 7 juni 2022, waarbij het Zorginstituut opmerkt dat tevens niet is voldaan aan de voorwaarde dat de kaak ernstig moet zijn geslonken. De commissie volgt dit advies. Dit betekent dat verzoeker op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op het aanbrengen van de twee (extra) implantaten in de onderkaak en de hierop te bevestigen vaste constructie.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het aanbrengen van implantaten en de daarop te bevestigen vaste constructie. Het verzoek kan daarom niet worden toegewezen op basis van deze verzekering.

Telefonische toezegging

- 6.9. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem tweemaal telefonisch heeft toegezegd dat de betreffende zorg zou worden vergoed. De commissie overweegt dat vooropgesteld moet worden dat het bij een telefoongesprek lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Omdat verzoeker aanspraak maakt op vergoeding van de kosten, rust op hem, gelet op artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, de stelplicht en bewijslast ter zake van de telefonische toezegging.

De ziektekostenverzekeraar heeft de door hem gemaakte notities van voornoemde gesprekken overgelegd. Uit de notitie die is gemaakt van het gesprek van 9 maart 2021 blijkt dat de algemene regels voor vergoeding van een gebitsprothese op implantaten zijn gegeven. Hierbij is evenwel niet vermeld dat het moet gaan om een volledige uitneembare prothese. Evenmin blijkt hieruit of verzoeker heeft verteld dat het een vaste constructie op implantaten

betreft. Daarentegen is wel besproken dat bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar nodig is. In de notitie van 30 maart 2021 is vermeld dat verzoeker een volledige gebitsprothese nodig heeft en - opnieuw - dat vooraf een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar vereist is. Uit de gemaakte telefoonnotities blijkt dus niet van een eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging door de ziektekostenverzekeraar, inhoudende dat de kosten van het aanbrengen van twee (extra) implantaten in de onderkaak en een hierop te plaatsen vaste constructie worden vergoed. Er is hierna een aanvraag gedaan en het had verzoeker duidelijk moeten zijn dat op deze aanvraag ook een afwijzing kon volgen. Dit klemte te meer nu de behandelend tandarts volgens verzoeker de toezegging die op 9 maart 2021 zou zijn gedaan al niet vertrouwde. Kennelijk was dit ook de aanleiding tot het tweede telefoongesprek. Ook anderszins heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd de onderhavige kosten - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - te vergoeden.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 augustus 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.

- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.

Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. omvat de zorg:

- a. Kaakchirurg (medisch specialistische zorg) omvat mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichts-chirurgie en bestaat uit:
 - specialistische chirurgische mondzorg;
 - daarbij behorend röntgenonderzoek;
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
- b. Kunstgebit (uitneembare volledige gebitsprothesen):
dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van:
 - een uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een tijdelijke uitneembare volledige (immediaat-) gebitsprothese; of
 - een uitneembare volledige vervangingsprothese; of
 - een uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen voor de boven- en/of onderkaak;
 - een vergoeding van 90% van de kosten voor reparatie en/of het rebasen van:
 - een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese, al dan niet op tandheelkundige implantaten.
- c. Kunstgebit op implantaten (volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt). Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 90% voor de overkap-

- pingsprothese voor de onderkaak; of
 - een vergoeding van 92% voor de overkappingsprothese voor de bovenkaak.
- d. Kunstgebit op eigen boven- of onderkaak (uitneembare conventionele volledige gebitsprothese) tezamen met kunstgebit op implantaat op de andere kaak (uitneembare volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt), gezamenlijk gedeclareerd door middel van code J50. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit een vergoeding van 83% voor beide kunstgebitten. Voor de bijbehorende mesostructuur is de vergoeding 90% indien deze geplaatst wordt in de onderkaak of 92% indien deze geplaatst wordt in de bovenkaak.
 - e. Implantaat met kroon voor verzekerden tot en met 22 jaar: vervangen van snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als direct gevolg van een ongeval voor uw 18 jarige leeftijd.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - parodontale chirurgie door een kaakchirurg (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
 - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
 - ongecompliceerde extracties;
 - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel bij apneu;
- U hebt geen hogere aanspraak dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet:
 - de wettelijke eigen bijdrage van 25% voor een kunstgebit (volledige prothese), immediaatprothese, vervangingsprothese of overkappingsprothese;
 - de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor reparatie en/of rebasen van uw volledige gebitsprothese;
 - de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor een overkappingsprothese op een implantaat voor de onderkaak, van 8% voor de

overkappingsprothese op een implantaat voor de bovenkaak of van 17% voor een uitneembaar kunst gebit in combinatie met een kunstgebit op implantaten.

In een aanvullende verzekering kan deze zorg wel verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.

Zorgverlener

- De medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. wordt verleend door een kaakchirurg.
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. wordt verleend door:
 - een tandarts of
 - een tandprotheticus of
 - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
- een tandprotheticus als het gaat om:
 - het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten of op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen);
 - het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak (al dan niet op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen).
- De mondzorg met betrekking tot de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt, zoals genoemd in artikel B.14.c., wordt verleend door:
 - een tandarts, of
 - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - een tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen naar een tandprotheticus.
- De mondzorg voor verzekerden tot en met 22 jaar met betrekking tot het vervangen van tanden en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:
 - een tandarts, of;
 - een kaakchirurg als het gaat om het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een tandarts, orthodontist of huisarts als

u mondzorg nodig hebt van een kaakchirurg of een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- het gaat om deze zorg door een kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - een kaakoperatie (osteotomie).
- Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- het gaat om verzekerden tot en met 22 jaar voor het vervangen van tanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als gevolg van een ongeval vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:
 - een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
 - een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (noodkunstgebit).

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 zeven 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.