

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen ENO Zorgverzekeraar N.V. te Deventer.
Zaak	: Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, tanderosie, Tooth Wear Index (TWI)
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv
Zaaknummer	: 202100995
Zittingsdatum	: 1 december 2021

tandheelkundige behandeling

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

ENO Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 17 augustus 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) 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 26 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 27 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 6 oktober 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 2 november 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021038938) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 november 2021 aan partijen gestuurd.
Op 15 november 2021 heeft het Zorginstituut een herzien voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 november 2021 aan partijen gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 1 december 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 6 december 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 7 december 2021 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 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. In verband met een door hem te ondergaan tandheelkundige behandeling, heeft verzoeker op 2 juni 2020 telefonisch informatie ingewonnen bij de zorgverzekeraar. Op 4 juni 2020 werd hem geantwoord dat geen vergoeding mogelijk was. Dit is verzoeker op 8 juni 2020 per mail bevestigd. Hij is hierna gestart met de behandeling, bestaande uit de restauratie van een groot aantal elementen met composiet. Deze vond plaats op 10 juli 2020, 24 juli 2020, en 9 september 2020. Kennelijk zijn op 29 juli 2020 en 30 augustus 2020 door verzoeker declaraties ingediend ter zake van een beetbeschermingsplaat en eerder genoemde tandheelkundige behandeling. De zorgverzekeraar besliste hier op 2 en 6 september 2020 afwijzend op.
Op 11 september 2020 werd door de tandarts, via Vecozo, alsnog een machtigingsaanvraag voor de tandheelkundige behandeling ingediend bij de zorgverzekeraar. Deze aanvraag heeft

aanleiding gegeven tot de nodige correspondentie over en weer. Op 17 december 2020 leverde de behandelend tandarts de laatste ontbrekende informatie aan.

- 3.3. De behandelend tandarts heeft op 8 september 2020, voor zover hier relevant, over verzoeker (geboren in 1975) verklaard:

"Door maagzuurproblemen is er een pathologische slijtage ontstaan waarbij minstens een derde van zijn gebit is aangetast door erosie. Qua leeftijd is deze mate van slijtage zeer ernstig te noemen daarom was deze behandeling noodzakelijk."

- 3.4. Inmiddels werd door verzoeker, naar aanleiding van de door hem ontvangen afwijzing op de ingediende nota's, op 8 september 2020 verzocht om heroverweging. Dit leidde opnieuw tot een afwijzing en correspondentie over en weer. Op 4 maart 2021 kwam verzoeker bij de klachtencommissie van de zorgverzekeraar op tegen zijn afwijzende beslissing. Hierop werd hij uitgenodigd voor een bezoek aan het spreekuur van de adviserend tandarts op 1 april 2021. Bij brief van 19 april 2021 deelde de zorgverzekeraar, in vervolg op dit spreekuurbezoek, aan verzoeker mee dat hij zijn beslissing handhaaft. Ook daarna is door partijen nog gecorrespondeerd.

- 3.5. Bij brief van 15 november 2021 heeft het Zorginstituut bij wege van voorlopig advies het volgende verklaard:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Tandheelkundige behandeling voor volwassen verzekerden maakt geen deel uit van de basisverzekering, tenzij sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Daartoe moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan ernstige gebitsslijtage. Om houvast te hebben bij de beoordeling van aanvragen voor ernstige gebitsslijtage heeft het college van adviserend tandartsen (CAT) een protocol opgesteld, waarin criteria zijn geformuleerd voor deze indicatie.

Uit het dossier blijkt niet dat verzoeker voldoet aan de criteria voor ernstige gebitsslijtage die een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp opleveren. Verweerder heeft de aanvraag daarom terecht afgewezen.

Voor de goede orde zij hierbij aangetekend dat het hier gaat om de ernst van de op het moment van de aanvraag bestaande aandoening. De vraag of het al dan niet uitgestelde zorg betreft speelt geen rol bij de eventuele aanspraak op bijzondere tandheelkundige hulp, maar kan van invloed zijn op de omvang van de aanspraak na toetsing aan het maatmanbeginsel.

Bovendien betreft het hier toetsing aan de verzekeringstechnische criteria voor aanspraak op tandheelkundige zorg, niet om de zorginhoudelijke indicatiestelling tot tandheelkundige behandeling.

Conclusie

Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar de kosten van de door hem ondergane tandheelkundige behandeling moet vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De zorgverzekeraar 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 25 van de Algemene bepalingen van de zorgverzekering.

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.

- 6.2. Verzoeker stelt dat de door hem ondergane tandheelkundige behandeling valt onder de regeling voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, en dat deze daarom moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hij erkent dat vooraf geen aanvraag is ingediend, maar dit komt doordat hem van de zijde van de zorgverzekeraar telefonisch onjuiste informatie werd verstrekt. Hem werd namelijk verteld dat geen vergoeding mogelijk zou zijn. Uit de wetgeving blijkt echter het tegendeel, en dit wordt bevestigd bij raadpleging van de site van het Zorginstituut. Voor zover de verzekeringsvoorwaarden hiervan afwijken, zijn deze ondergeschikt. Ook aan de richtlijnen van het CAT kan in dit verband geen doorslaggevende betekenis worden toegekend, omdat de wetgeving voor gaat.

Volgens verzoeker is bij hem sprake van tanderosie, veroorzaakt door tanden knarsen en excessief maagzuur, waardoor 24 elementen zijn aangedaan. Dit levert een indicatie op in het kader van bijzondere tandheelkunde, omdat - ongeacht de oorzaak - door de slijtage ernstige kauwproblemen waren ontstaan. De maagzuurproblemen waarmee hij kampte zijn daarbij inmiddels al langer afwezig en tegen het tandenknarsen draagt hij 's nachts een beetje. Verder plaatst verzoeker kanttekeningen bij de gevolgde procedure. De behandeling van de aanvraag duurde extreem lang en er werd onnodig informatie opgevraagd door de zorgverzekeraar. De eerste afwijzing vond plaats zonder dat hij was gezien en zonder dat de behandelend tandarts of de huisarts was geraadpleegd. Door de zorgverzekeraar werd slechts verwezen naar zijn 'adviseurs', maar onduidelijk is wie dit zijn en of het hierbij medici betreft. In een later stadium is verzoeker op het spreekuur van de adviserend tandarts geweest. Deze wist niet dat er gipsafdrukken en foto's waren, en gaf toch het advies tot afwijzing. Verzoeker merkt hierbij op dat de trend lijkt te zijn dat aanvragen voor bijzondere tandheelkunde standaard worden afgewezen. Hierover zijn al Kamervragen gesteld. Tot slot verklaart verzoeker dat volgens de behandelend tandarts en de huisarts de bestaande problemen door de behandeling zijn opgelost.

Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat hij zowel een medische als een verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde behandeling. Tevens heeft verzoeker benadrukt dat de zorgverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen zonder dat de adviserend tandarts van de zorgverzekeraar (volledig) op de hoogte was van de tandheelkundige situatie van verzoeker.

- 6.3. De zorgverzekeraar erkent dat met de behandeling van de aanvraag teveel tijd gemoeid is geweest en biedt hiervoor zijn excuses aan. Op grond van het bepaalde op bladzijde 44 van de voorwaarden van de zorgverzekering moet vooraf toestemming worden gevraagd voor een behandeling in het kader van bijzondere

tandheelkunde. Dat is hier niet gebeurd. De zorgverzekeraar wijst er in dit verband op dat de aanvraag die achteraf werd gedaan, plaats vond omdat verzoeker dit wenste, en niet op initiatief van de behandelend tandarts.

Er is geen sprake van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Aanvankelijk werd hiertoe aangevoerd dat niet vast stond dat het maagzuur de oorzaak vormde, dat onduidelijk was of het refluxprobleem al was opgelost, en dat de tanderosie al in 2006 werd geconstateerd. Door de behandeling jaren uit te stellen, nam het probleem alleen maar toe. Naar aanleiding van het spreekuurbezoek heeft de adviserend tandarts vastgesteld dat bij zes elementen in het bovenfront sprake is van een zodanige slijtage dat de score volgens de Tooth Wear Index (TWI) 4 bedraagt. Bij de overige elementen is de TWI minder dan 3. Volgens de richtlijnen van het CAT moet bij ten minste acht elementen de TWI 3 of 4 zijn.

Omdat verzoeker geen aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten, is vergoeding van de kosten van reguliere tandheelkundige hulp niet aan de orde.

De tandheelkundig adviseur van de zorgverzekeraar heeft ter zitting uiteen gezet hoe hij tot zijn beoordeling is gekomen. Hij heeft de aanvraag bekeken als ware er nog geen behandeling geweest, aan de hand van onder meer gipsafdrukken en het tandheelkundig dossier. Vervolgens heeft hij de uitkomsten ervan gelegd naast de richtlijn van het CAT en is hij tot het afwijzend advies gekomen.

- 6.4. De commissie stelt vast dat, gelet op het bepaalde op bladzijde 43 van de voorwaarden van de zorgverzekering, voor mondzorg in een aantal situaties de - voorafgaande - schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar is vereist. Dit geldt onder andere voor de tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. In casu is de schriftelijke toestemming voor de behandeling niet vooraf gevraagd, en is deze ook niet achteraf verkregen.
Aangezien de zorgverzekeraar de op 11 september 2020 door de behandelend tandarts via Vecozo ingediende machtigingsaanvraag uiteindelijk wel inhoudelijk heeft beoordeeld, en verzoeker nadien is uitgenodigd voor het spreekuur van de tandheelkundig adviseur, concludeert de commissie dat de zorgverzekeraar in deze procedure op het ontbreken van zijn toestemming geen beroep (meer) doet.
Dit neemt niet weg dat, naar het oordeel van de commissie, de behandeling van de aanvraag zelve, hoewel die thans dus niet (meer) relevant is, beter had gekund. Wat daar ook van zij, het geschil spitst zich thans nog toe op de vraag of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 6.5. De zorgverzekering biedt, op grond van het bepaalde op bladzijde 42 e.v., aanspraak op mondzorg voor 'Alle leeftijden', indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is in drie gevallen:
 - 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 zou hebben voorgedaan;
 - 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 zou hebben voorgedaan.
 In de situatie van verzoeker spelen de onder b en c vermelde indicaties niet.
- 6.6. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv gaat het om het herstel van schade aan het gebit als gevolg van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven (dus niet-aangeboren) afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, leidend tot het verlies van de tandheelkundige functie. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 15 november 2021

geconcludeerd dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. De commissie neemt deze conclusie over.

Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat bij hem sprake was van verlies van de kauwfunctie, maar gezien de mate van slijtage en het aantal elementen dat ernstig was aangedaan is dit door hem niet aannemelijk gemaakt. Ook anderszins is niet gebleken van een verlies van tandheelkundige functie, zoals het Bzv en de hierop gebaseerde verzekeringsvoorwaarden vereisen. Tevens is niet gebleken van een andere (verzekerings)indicatie - dan ernstige slijtage - voor bijzondere tandheelkunde.

Onder deze omstandigheden behoeft de oorzaak van de tanderosie geen bespreking. Het zelfde geldt voor de maatregelen die zijn getroffen ter voorkoming van verdere slijtage door maagzuur of tanden knarsen, en voor het positieve effect dat met de tandheelkundige behandeling volgens verzoeker is bereikt.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 december 2021,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor diëtetiek door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde diëtisten zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Ketenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op ketenzorg. Ketenzorg kan er zijn voor personen van 18 jaar en ouder met Diabetes Mellitus type 2, voor vasculair risicomanagement, voor COPD en astma.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een gecontracteerde zorggroep. Gecontracteerde zorggroepen zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70;
- een zorgaanbieder die is genoemd voor het verlenen van huisartsenzorg, preventieve voetzorg en diëtetiek, ieder voor het betreffende onderdeel van de ketenzorg. Daarbij geldt als voorwaarde dat sprake is van ketenzorg waarbij de zorgaanbieders 'los' gecontracteerd worden. De coördinatie en organisatie worden via een 'koptarief' bekostigd.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ketenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico. Onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico vallen wel kosten van eventueel (laboratorium)onderzoek in een ziekenhuis of een zelfstandig laboratorium op verzoek van de huisarts.

Tandheelkundige zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op tandheelkundige zorg. Tandheelkundige zorg (mondzorg) omvat zorg die tandartsen plegen te bieden.

Alle leeftijden

U heeft recht op tandheelkundige zorg als:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel heeft. De stoornis of afwijking moet zo ernstig zijn, dat u zonder de zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de stoornis of afwijking er niet was geweest. In dat geval valt ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat onder de zorg, als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft en het implantaat nodig is om een uitneembare prothese te bevestigen. U heeft geen recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als uw kaak al langere tijd tandeloos is en functionele klachten niet samenhangen met de ernstig geslonken kaak.
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. De aandoening moet zodanig zijn, dat u zonder de zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.
- een medische behandeling zonder die tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.

Jonger dan 18 jaar

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde naast de tandheelkundige zorg voor alle leeftijden recht op:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaren heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien noodzakelijk is;
- een incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal twee fluoride-behandelingen per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien

wenselijk is;

- aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealing);
- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- plaatselijke verdoving (anesthesie);
- behandeling van de tandzenuw (endodontische hulp);
- vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
- behandeling van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

18 jaar of ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u naast de tandheelkundige zorg voor alle leeftijden recht op:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het röntgenonderzoek dat daarbij hoort, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
- 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 tevens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het klik-systeem).

Jonger dan 23 jaar

Als u jonger bent dan 23 jaar en de zorg valt niet onder het kopje tandheelkundige zorg voor 'alle leeftijden', dan heeft u recht op 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, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval. Hierbij geldt als voorwaarde dat de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat u 18 jaar bent geworden.

Waar moet u op letten?

Een tandarts al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde mag de zorg verlenen.

Een kaakchirurg mag chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard verlenen. Voor zorg door een kaakchirurg moet u een verwijzing hebben van een huisarts, tandarts of orthodontist.

Voor zorg in een centrum voor bijzondere tandheelkunde moet u een verwijzing hebben van een huisarts, tandarts of orthodontist. De tandarts of orthodontist die de verwijzing afgeeft, mag niet zijn verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen voor de boven of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, mogen ook aangemeten, gemaakt en geplaatst worden door een tandprotheticus. Als het gaat om het aanmeten, maken, passen en plaatsen door een tandprotheticus van uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen op tandheelkundige implantaten moet u een verwijzing hebben van een tandarts.

Een mondhygiënist mag alleen de volgende zorg verlenen:

- preventieve mondzorg (alle M-codes);
- eenvoudige parodontale hulp (T11, T12, T22, T31 t/m T33, T41 t/m T43, T60, T61, T91 t/m T93, T96);
- plaatsing van eenvoudige vullingen (V30, V35, V40, V50, V71, V72, V81, V82, V91, V92);
- verdoving (A10 en A15).

Achter het soort behandeling staan codes vermeld, de zogeheten prestatiecodes. Deze zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt ze bekijken en het overzicht downloaden via www.nza.nl.

Het opmeten, maken en plaatsen van een snurk- en slaapstoornisbeugel (Mandibulair Repositie Apparaat) mag alleen een tandarts of kaakchirurg verrichten met een registratie in het register van de Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde (NVTs).

Voor een aantal vormen van tandheelkundige zorg moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Het gaat om de volgende zorg:

- gnathologische zorg als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- het maken van een kaakoverzichtsfoto als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- de derde of vierde fluoride-behandeling per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken als de verzekerde jonger is dan 18 jaar;
- tandvervangende zorg met niet-plastische materialen als u jonger bent dan 23 jaar;
- de zorg die is omschreven onder het kopje 'Alle leeftijden';
- behandelingen onder narcose;

- osteotomie en gecombineerde behandeling orthodontie en osteotomie;
- het maken en plaatsen van een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA; snurk- en slaapstoornisbeugel) en de diagnostiek en nazorg hiervoor door een kaakchirurg;
- het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als daarvoor verblijf noodzakelijk is;
- het maken, plaatsen, repareren of rebasen van een volledige tandheelkundige prothese voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten;
- zorg door een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage:

- voor zorg die valt onder het kopje 'Alle leeftijden', als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval het bedrag dat de zorgaanbieder in rekening had gebracht als er geen sprake was van recht op vergoeding van de kosten onder het kopje 'Alle leeftijden'. Dat betekent dat u feitelijk recht heeft op vergoeding van alleen de extra kosten die gemoeid zijn met die zorg;
- voor een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- of onderkaak, als u 18 jaar of ouder bent en de zorg valt niet onder het kopje 'Alle leeftijden'. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval 25% van de kosten van die gebitsprothese. In afwijking hiervan geldt voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een wettelijke eigen bijdrage van:
 - a. 10% van de kosten van die gebitsprothese, als het gaat om een gebitsprothese voor de onderkaak;
 - b. 8% van de kosten van die gebitsprothese, als het gaat om een gebitsprothese voor de bovenkaak.
- voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige gebitsprothese. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval 10% van de kosten van die reparatie of overzetting.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is de dekking?

Orthodontie omvat zorg van orthodontische aard die tandartsen plegen te bieden. U heeft recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaakmondstelsel heeft. De orthodontie moet noodzakelijk zijn voor het behouden of verkrijgen van een tandheelkundige functie, die gelijkwaardig is aan de functie die u zou hebben gehad als de stoornis er niet was geweest. De stoornis of afwijking moet zodanig zijn, dat medediagnostiek of medebehandeling van andere vormen van zorg dan de tandheelkundige zorg (multidisciplinaire behandeling) noodzakelijk is.

Waar moet u op letten?

Orthodontisten, al dan niet verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde, mogen de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een tandarts.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de zorg moet u een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor orthodontie in bijzondere gevallen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Geneesmiddelenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) omvat terhandstelling van:

- de volgende geregistreerde geneesmiddelen en voor zover deze door ons zijn aangewezen:
 - de geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 (maar niet in bijlage 2) van de Regeling zorgverzekering;
 - de geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bevat per geneesmiddel extra voorwaarden voor de levering van het geneesmiddel. U heeft alleen recht op de vergoeding van kosten van deze geneesmiddelen als is voldaan

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.