



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheekunde, orthodontie, dento-alveolair defect
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018-2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018-2020
Zaaknummer : 202001185
Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 juni 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) per e-mail gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 16 juli 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 28 september 2020 respectievelijk 5 oktober 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 7 september 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020032728) aan de commissie zijn advies uitgebracht. Een afschrift is op 1 oktober 2020 aan partijen gestuurd. Daarbij zijn zij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. Verzoeker heeft op 6 oktober 2020 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA Zorg Keuze polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft in 2009, op achtjarige leeftijd, een ongeval gehad. Bij dit ongeval is één van zijn voortanden afgebroken. Omdat verzoeker in 2009 nog (te) jong was, moest met de definitieve behandeling worden gewacht. Toen de tand en de wortel volgroeid waren is gestart met het herstel. Sindsdien hebben verschillende tandheelkundige behandelingen plaatsgevonden. In verband met een wortelontsteking duurden de behandelingen langer dan gepland.
- 3.3. Op 29 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat de na 23 april 2018 gemaakte kosten van orthodontie niet worden vergoed, omdat op genoemde datum de maximale vergoeding van € 2.250,- gedurende de looptijd van de verzekering werd bereikt.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 31 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De behandelend orthodontist heeft op 18 mei 2018 het volgende over verzoeker verklaard:

"Uw cliënt bezocht mij onlangs voor een consult.

Naar aanleiding van deze controle is gebleken dat de behandeling langer duurt dan verwacht, in verband met een wortelontsteking van 21.

Wij vragen uw begrip hiervoor en een verdere vergoeding van de orthodontische behandeling te accepteren."

3.6. Bij brief van 7 september 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Juridisch kader

Orthodontische behandeling maakt in principe geen deel uit van de basisverzekering. De aanspraak op orthodontie is beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking of daarmee vergelijkbare zeer ernstige afwijking. Er moet sprake zijn van een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of behandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is, of verzoeker in dit geval aanspraak heeft op vergoeding van de orthodontische behandeling.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Bij verzoeker is geen sprake van een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. Het ontbreken of verloren gaan van één element is niet in ernst vergelijkbaar met schisis. Ook is er geen sprake van medediagnostiek of behandeling van een andere discipline dan de tandheelkundige. Er is derhalve geen indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Verzoeker kan daarom vanuit de basisverzekering geen aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandelingen. De aanvraag is door verweerder om de juiste reden afgewezen. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de na 23 april 2018 ondergane orthodontische behandelingen moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Op grond van artikel 30.1 van de voorwaarden van zorgverzekering bestaat aanspraak op een orthodontische behandeling. Voorwaarde hierbij is dat sprake moet zijn van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, waarbij daarnaast medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheerkundige noodzakelijk is. Het voorgaande is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv.
- Uit het eerste lid van laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie tot bijzondere tandheelkunde kan voorkomen in de volgende gevallen:
- a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
 - b) als de verzekerde een niet-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en zonder de mondzorg geen tandheerkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad;
 - c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheerkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.
- In de situatie van verzoeker zijn de onder b en c vermelde indicaties niet aan de orde. Hij heeft namelijk geen andere aandoening en er ligt geen relatie tussen de aangevraagde mondzorg en een medische behandeling.
- 6.3. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv, gaat het om ernstige stoornissen of afwijkingen van het tand-kaak-mondstelsel. Daarbij moet de tandheerkundige zorg noodzakelijk zijn om een tandheerkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Gelet op het Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 30.1 van de voorwaarden van zorgverzekering, dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
- 6.4. Uit een toelichting van het toenmalige College voor zorgverzekeringen (CVZ, nu het Zorginstituut) op mondzorg (te raadplegen via de website van het Zorginstituut) blijkt dat ook een blijvend dento-alveolair defect een verworven afwijking in de zin van artikel 2.7 Bzv vormt. Zoals de commissie eerder heeft overwogen (vgl. o.a. GcZ, 15 augustus 2012, 2011.0288) dient hierbij sprake te zijn van zowel het geheel of gedeeltelijk ontbreken van één of meer elementen (dentaal defect) als van schade aan een substantieel deel van het aangrenzende tanddragende kaakbot (botdefect). Ten aanzien van deze indicatie geldt tevens dat de situatie in ernst vergelijkbaar moet zijn met schisis.
- 6.5. Bij verzoeker is door een ongeval één tand afgebroken. Dit blijkt uit het verslag van de weekendtandarts van 30 april 2009. Van een dento-alveolair defect, in de zin zoals hiervoor beschreven, is geen sprake. Dit omdat niet is komen vast te staan dat ook schade aan een substantieel deel van het aangrenzende tand dragende kaakbot is ontstaan.
- Ook anderszins is niet gebleken dat bij verzoeker een aandoening bestaat, die in ernst is te vergelijken met schisis. Tevens is niet voldaan aan de eis van medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheerkundige. Een en ander wordt onderschreven in het advies van het Zorginstituut van 7 september 2020. De commissie concludeert dat de kosten van de orthodontische behandeling niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.


Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. Verzoeker voert aan dat hij ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van orthodontie. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen omdat geen sprake is van een recent trauma. Verzoeker meent dat dit argument niet tegen hem mag worden gebruikt. Hem is immers in 2009 geadviseerd nog niet te


starten met de behandeling, maar te wachten totdat het element en de wortel waren volgroeid. Om die reden is verzoeker pas veel later dan 2009 begonnen met de orthodontische behandeling. Het zou bovendien naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn de na 23 april 2018 gemaakte kosten ter zake van orthodontische behandelingen niet te vergoeden.

De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker in 2013 is gestart met behandelingen orthodontie. De maximale vergoeding bedroeg destijds € 2.250,-- voor de gehele verzekeringsduur. Deze maximale vergoeding van € 2.250,-- was op 23 april 2018 bereikt. Omdat de datum waarop de behandelingen starten bepalend is voor de vergoedingen, heeft verzoeker geen recht op een hogere vergoeding. Daarom worden de kosten na 23 april 2018 niet meer vergoed. Het argument van verzoeker dat de kosten moet worden vergoed omdat sprake is van een ongeval, maakt niet dat aanspraak bestaat. Volgens de artikelen 46 en 47 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering moeten de kosten het gevolg zijn van een recent ongeval. Bij verzoeker heeft het ongeval in 2009 plaatsgevonden. Dit is niet recent.

- 6.7. De commissie overweegt dat in de artikelen 46 en 47 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering de aanspraak op orthodontische zorg is geregeld. Artikel 46 heeft betrekking op verzekerden tot achttien jaar en artikel 47 op verzekerden vanaf achttien jaar. Het verzoek van verzoeker heeft betrekking op vergoeding van orthodontische zorg vanaf 23 april 2018. Op dat moment was verzoeker nog jonger dan achttien jaar. Omdat hij op 28 november 2018 achttien jaar is geworden oordeelt de commissie, anders dan de ziektekostenverzekeraar, dat naast artikel 46 ook artikel 47 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van toepassing is. Artikel 47 bevat een aparte dekkingsbepaling en daarin is niet in opgenomen dat de startdatum van de behandeling bepalend is. Dat beide bepalingen bij één verzekerde achtereenvolgens van toepassing kunnen zijn is niet uitgesloten in de verzekeringsvoorwaarden.
- 6.8. Op grond van zowel artikel 46 als 47 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van orthodontische zorg. In geval van een recent trauma of een gecombineerde kaakchirurgische/orthodontische behandeling bestaat aanspraak op vergoeding van 100% van de kosten. Voor alle overige orthodontische behandelingen geldt een maximale vergoeding. Deze maximale vergoeding bedraagt voor verzekerden jonger dan achttien jaar € 2.000,-- (artikel 46 voorwaarden 2018, 2019 en 2020) en voor verzekerden ouder dan achttien jaar € 750,-- (artikel 47 voorwaarden 2018, 2019 en 2020). Beide bedragen gelden voor de gehele looptijd van de verzekering.
- 6.9. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat 100% van de kosten moet worden vergoed omdat sprake is van een recent trauma. Hoewel de commissie begrip heeft voor zijn situatie, betekent dit niet dat nog gesproken kan worden van een 'recent' trauma. Weliswaar is in de voorwaarden niet gedefinieerd wat exact moet worden verstaan onder 'recent', maar een ongeval dat heeft plaatsgevonden in 2009 is naar objectieve maatstaven niet meer als 'recent' te duiden. Daarom oordeelt de commissie dat geen sprake is van een trauma op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten voor 100% te vergoeden. Dat deze beperking in tijd naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is vermag de commissie niet in te zien.
- 6.10. Op grond van de artikelen 46 en 47 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat tevens aanspraak op vergoeding van de kosten van overige orthodontische behandelingen. De hoogte van de vergoeding is voor deze behandelingen echter beperkt. Ten aanzien van de betreffende beperking is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat voor de hoogte van de vergoeding de startdatum van de behandelingen bepalend is. De ziektekostenverzekeraar heeft echter niet toegelicht waar dit in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen. Om die reden kan verzoeker niet gebonden worden geacht aan deze voorwaarde en zijn de verzekeringsvoorwaarden van het jaar waarin aanspraak wordt gemaakt bepalend. Dit betekent dat verzoeker tot en met 27 november 2018 aanspraak had op een maximale vergoeding van € 2.000,--. Dit op grond van artikel 46 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.



Daarnaast had verzoeker vanaf 28 november 2018 – de datum waarop hij de leeftijd van 18 jaar bereikte - op grond van artikel 47 aanspraak op een maximale vergoeding van € 750,--. Omdat de ziektekostenverzekeraar al een bedrag van totaal € 2.250,-- heeft vergoed, heeft verzoeker nog recht op een aanvullende vergoeding van € 500,-- (€ 2.000,- + € 750,- - € 2.250,-).



6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies




7.1. De commissie beslist dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een aanvullende vergoeding moet verlenen van € 500,--,

(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden,

(iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 21 oktober 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 29. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Als u jonger bent dan 18 jaar, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, dan hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, dan hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten;
13. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontie.

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdtandverzorging.

Toestemming

Voor kronen, bruggen en implantaten hebt u vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 30. Bijzondere tandheelkunde

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

30.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;

3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Let op

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:
tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.
2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:
een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Orthodontische Vereniging (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemelsespleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in een:

1. tandartspraktijk;
2. ziekenhuis;
3. centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
 - het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
 - het centrum dat gebruikmaakt van (luchgas)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 hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

30.2. Tandheelkundige implantaten

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

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

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 32.

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.

Wie mag de zorg verlenen

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.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in een:

1. tandartspraktijk;
2. ziekenhuis;
3. centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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

Artikel 45. ADL-Hulpmiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van ADL-Hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Leverancier van hulpmiddelen.

Indicatie

Een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis.

Verwijsbrief nodig van

Ergotherapeut. De ergotherapeut beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 70 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 70 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 70 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 70 per kalenderjaar

ORTHODONTIE

Artikel 46. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Indicatie

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) als de noodzaak tot behandeling het directe gevolg is van dat trauma of die ingreep.
2. Een orthodontische afwijking door geretineerde frontelementen als er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.
3. Overige orthodontische zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Orthodontist of tandarts.

Toestemming

U hebt voor de indicaties onder 1 en 2 vooraf onze toestemming nodig.

Vergoeding

Orthodontische behandeling bij indicatie 1 en 2

IZA Extra Zorg 1	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 2	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 3	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 4	100% van de kosten

Overige orthodontische behandelingen (indicatie 3)

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 2.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. Deze lijst is gesplitst in drie categorieën (A, B en C) met daarbij behorende tarieven. In de aanvullende verzekering kunnen alleen de tarieven die horen bij categorie A worden gedeclareerd.

Artikel 47. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Indicatie

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) als de noodzaak tot behandeling het directe gevolg is van dat trauma of die ingreep.
2. Een orthodontische afwijking door geretineerde frontelementen als er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.
3. Overige orthodontische zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Orthodontist of tandarts.

Toestemming

U hebt voor de indicaties onder 1 en 2 vooraf onze toestemming nodig.

Vergoeding

Orthodontische behandeling bij indicatie 1 en 2

IZA Extra Zorg 1	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 2	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 3	100% van de kosten
IZA Extra Zorg 4	100% van de kosten

Overige orthodontische behandelingen (indicatie 3)

IZA Extra Zorg 1	Geen vergoeding
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 750 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 1.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. Deze lijst is gesplitst in drie categorieën (A, B en C) met daarbij behorende tarieven. In de aanvullende verzekering kunnen alleen de tarieven die horen bij categorie A worden gedeclareerd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

(...)

Artikel 14

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

(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

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

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

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