

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Onderlinge
Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaat met kroon
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, art.
6:248 BW
Zaaknummer : 202200948
Zittingsdatum : 25 januari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D, ter zitting vertegenwoordigd door E,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 3 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 6 juli 2022 is het verzoek door verzoekster nader toegelicht. Op 12 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 20 september 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 september 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 27 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022038485) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 25 januari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting, de voorgedragen pleitnota en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 7 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 27 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 8 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. In het najaar van 2019 is bij verzoekster element 21 vanwege een breuk verwijderd en ter plaatse is in juni 2020 een implantaat aangebracht met hierop een kroon. Op 3 augustus 2020 is door de behandelend implantoloog een aanvraag ingediend bij de zorgverzekeraar. Deze wees de aanvraag bij brief van 13 augustus 2020 af, onder vermelding van de code A11 ("voldoet niet aan de voorwaarden"). Bij brief van 26 september 2020 volgde opnieuw een afwijzing.

- 3.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar bij e-mailbericht van 3 juni 2021 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 juni 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 27 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 8 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief advies kan worden beschouwd.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van het aanbrengen van een implantaat met hierop een kroon, ter plaatse van element 21, te vergoeden.
- 4.2. In dat verband heeft zij toegelicht dat op 21 juli 2019 bij haar met spoed een ventriculo-peritoneale hersendrain is geplaatst in het Universitair Medisch Centrum te Nantes. Zij was toen in coma en er moest een beademingsbuis worden geplaatst. Bij die gelegenheid is element 21 gebroken, hetgeen echter pas twee maanden later bleek, toen deze tand begon te geuren. Verzoekster verwijst in dit verband naar de verklaring van de behandelend implantoloog van 1 augustus 2021, waarin wordt gesteld:

" Uw linker bovenvoortand (21) is horizontaal gefractureerd en dit moet gebeur[d] zijn door een inwerkende grote kracht van buitenaf. Dit kan door een val zijn maar dan zou normaliter ook uw rechter voortand eveneens gefractureerd zijn. Dit kan niet door kauwkrachten, met bijten op iets hards, gebeur[d] zijn want dan was de breuk verticaal geweest. Het meest logische is dat de oorzaak ligt in het feit dat u onder narcose bent geweest en dat daarbij, met het inbrengen van de tube, de voortand gefractureerd is. Dit is jammer genoeg een vaker voorkomend euvel."
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij juridische informatie heeft ingewonnen, onder andere bij prof. dr. mr. Martin Buijsen, hoogleraar, verbonden aan de Erasmus School of Law. De kosten moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Voor zover de voorwaarden van de zorgverzekering zich hiertegen verzetten, leidt toepassing van die voorwaarden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Verzoekster licht in dit verband toe dat zij destijds in coma lag en zelf geen invloed kon uitoefenen. Zij zit nu klem, omdat een implantaat voor haar de enige optie was, de zorgverzekeraar vergoeding weigert en het ziekenhuis zijn aansprakelijkheid niet erkent, aangezien de noodzakelijke causaliteit zou ontbreken. Volgens verzoekster leidt dit tot een onrechtvaardige uitkomst. Hierbij tekent zij aan dat de behandelend implantoloog en de zorgverzekeraar geen 'trusted advisors' zijn gebleken ten aanzien van de financiële afwikkeling. Eventueel zou de zorgverzekeraar moeten besluiten de kosten van de behandeling coulanchehalve te vergoeden. Door verzoekster wordt verder aandacht gevraagd voor het feit dat de afwijgrond A11 onbegrijpelijk is.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is als de door haar benodigde zorg niet door de ziektekostenverzekeraar aan haar wordt vergoed. Een afwijzing moet goed worden onderbouwd. Verzoekster kon niets aan de situatie doen, omdat zij in coma was. Tijdens de ingreep is er iets verkeerd gedaan, waardoor haar voortand intern is gebroken. Dit is pas vastgesteld in oktober, toen de tand ging stinken. Er is geen medisch conflict, omdat er medisch gezien op de juiste wijze is gehandeld.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij bij zijn afwijzende beslissing blijft. Hij erkent dat de afwijgrond A11 niet volledig was. Met betrekking tot de afwijzing licht hij toe dat volgens artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv sprake moet zijn van een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat de verzekerde 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. In de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv wordt uitgelegd dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen (bron SKGZ 201701114 en SKGZ 201701772). Voor de vergoeding van implantaten op grond van artikel 2.7, tweede lid, Bzv geldt in aanvulling op bovenstaande nog de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen als steun voor een uitneembare prothese. Het aanbrengen van een implantaat kan tot slot worden vergoed op grond van artikel 2.7, zesde lid, Bzv. In dit artikel is bepaald dat mondzorg voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, omvat 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. Bij verzoekster is geen van de hiervoor genoemde indicaties aan de orde. Mogelijk is sprake van verhaalschade, waarvoor het ziekenhuis aansprakelijk kan worden gesteld.
- 5.2. Overigens merkt de ziektekostenverzekeraar op dat geenszins vaststaat dat de tand is afgebroken bij en door het intuberen. Het dossier bevat hierover geen informatie en het ziekenhuis in Nantes stelt niet aansprakelijk te zijn. De conclusie van de behandelend implantoloog over de toedracht dat het haast niet anders kan zijn dan dat bij het intuberen de voortand is gebroken, deelt de ziektekostenverzekeraar dan ook niet. Voorts is het de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom de duurste behandeloptie van een implantaat is gekozen. Ook een frame of een etsbrug zouden reële opties zijn geweest. Ten aanzien van vergoedingen buiten het dwingendrechtelijk verzekerde pakket verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het arrest van de Hoge Raad van 19 december 2014 (ECLI:NL:HR:2014:3679). Van een situatie die aan de in die uitspraak genoemde criteria voldoet is bij verzoekster geen sprake.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de situatie van verzoekster helaas vaker voor komt. Dit maakt het voor de ziektekostenverzekeraar een standaard aanvraag. Er is een tand verloren gegaan door een noodlottig ongeval. Als dit door een handeling van het ziekenhuis komt, moet men zich tot het ziekenhuis wenden. Dit is ook gebeurd, maar het ziekenhuis erkent geen aansprakelijkheid. Verzoekster heeft geen aanvullende verzekering, en daarmee ook geen recht op rechtsbijstand. Dit is een veel voorkomend euvel, maar dit maakt voor de ziektekostenverzekeraar de afhandeling niet anders.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 27 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Voor een indicatie tot bijzondere tandkeelkundige hulp moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, zoals schisis. Het verlies van een gebitselement

(element 21) is niet zo'n aandoening. Nu verzoekster niet aan de eerste voorwaarde voldoet zal niet verder getoetst worden aan de daarop volgende voorwaarden.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding voor de geplaatste implantaat met kroon ten laste van de basisverzekering. Er is bij verzoekster geen sprake van zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de wettelijke voorwaarden voor vergoeding van de implantaat met kroon en kan daarom geen aanspraak maken op een vergoeding ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14 lid 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.
- 8.2. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht dat het aanbrengen van een implantaat kan worden vergoed op grond van een drietal bepalingen in de verzekeringsvoorwaarden. Zo is vergoeding mogelijk indien sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij het implantaat dient als steun voor een volledige overkappingsprothese (artikel 33 lid 2.2). Bij verzoekster speelt dit niet. Haar bovenkaak is niet tandeloos en op het implantaat is een kroon geplaatst. Voorts bestaat aanspraak in het kader van de regeling fronttandvervanging (artikel 33 lid 3.2). Gelet op de leeftijd van verzoekster - geboren in 1957 - voldoet zij niet aan de in dit verband toepasselijke leeftijdsgrens.
Tot slot is er de mondzorg in bijzondere gevallen van artikel 33 lid 2.4. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv. Een (verzekerings)indicatie tot bijzondere tandheelkunde kan blijkens laatstgenoemd artikel slechts voorkomen in drie gevallen:
 - a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeiestoornis of een verworven afwijking van het tand- kaak-mondstelsel;
 - b) als de verzekerde een niet-tandheilkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheilkundige 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 tandheilkundige 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 verzoekster zijn de onder b en c vermelde indicaties niet aan de orde.
- 8.3. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv, gaat het om een ernstige stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Het Zorginstituut komt in zijn advies van 27 oktober 2022 eveneens tot de conclusie dat er bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel.

- 8.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat onverkorte toepassing van artikel 33 leidt tot een uitkomst die onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Zij acht het onrechtvaardig als zij zelf de kosten moet dragen voor herstel van de door een derde veroorzaakte schade en wijst op de omstandigheid dat zij in coma lag en hierop geen enkele invloed heeft kunnen uitvoeren. De commissie deelt dit standpunt niet, mede in het licht van het Bosentan-arrest (ECLI:NL: HR: 2014:3679). Van zeer bijzondere omstandigheden zoals in dat arrest genoemd is geen sprake. Zelfs als een derde haar tand zou hebben beschadigd, hetgeen in deze procedure niet vaststaat, valt niet in te zien dat dit toepassing van artikel 33 naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar maakt. Hetzelfde geldt voor de omstandigheid dat verzoekster in coma lag en geen invloed kon uitoefenen. Voorts overweegt de commissie dat, los van de aanleiding, een wortelontsteking regelmatig voorkomt, en deze tot gevolg kan hebben dat een element verloren gaat. In dat geval zijn verschillende oplossingen mogelijk, zoals een partiële prothese of een brug. De kosten hiervan zijn voor eigen rekening. Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat het aanbrengen van een implantaat voor haar de enige optie was, maar waarom dit zo is heeft zij niet onderbouwd. Zou zij hiervan overigens wél een onderbouwing hebben geleverd, dan nog geldt dat de wetgever de implantaatbehandeling slechts in een beperkt aantal, specifieke situaties onder de dekking van de zorgverzekering heeft willen brengen. In dit geval wordt daaraan, zoals hiervoor in 8.2 en 8.3 is overwogen, niet voldaan, zodat geen aanspraak op vergoeding op grond van de zorgverzekering bestaat.
- 8.5. Verder heeft verzoekster betoogd dat de zorgverzekeraar de kosten van het implantaat en de kroon eventueel coulanchehalve moet vergoeden. De commissie merkt hierover op dat zij de zorgverzekeraar niet kan verplichten tot het doen van een zodanige uitkering. Het al dan niet toekennen van een coulanchevergoeding behoort tot de beleidsvrijheid van de zorgverzekeraar. Dit kan slechts anders zijn indien een beleid wordt gevoerd waarin gelijke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat dit aan de orde is. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in het geding zijn de kosten. Hetgeen overigens door haar in de procedure naar voren is gebracht kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 maart 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

ARTIKEL 33 - MONDZORG

LID 1 ALGEMEEN

Bij mondzorg onderscheiden wij:

- a. mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 2 van dit artikel);
- b. mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 3 van dit artikel).
- c. mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zie lid 4 van dit artikel)

LID 2 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

LID 2.1 KAAKCHIRURGIE

LID 2.1.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie die plegen te bieden, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, eenvoudige extracties en het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permucosaal implantaat). Onder de zorg wordt ook verstaan het verblijf in een ziekenhuis dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

LID 2.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

De meest gebruikelijke kaakchirurgische behandelingen worden door ons vergoed, maar voor onderstaande behandelingen moet eerst een aanvraag worden ingediend en een machtiging door ons zijn afgegeven:

- a. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- b. tandheelkundige behandelingen onder narcose;
- c. een kaakoperatie(osteotomie, excisie torus en/of correcties kaakbot);
- d. omslagplooverdieping of kaakopbouw, sinuslifting en/of kaakverhoging;
- e. implantaten ten behoeve van een volledige overkappingsprothese.
- f. het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permucosaal implantaat);
- g. het verwijderen van irritatie hyperplasien, flabby ridges, bindweefseltransplantaten, verwijderen exostosen en/of correctie edentate delen.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient bij ons een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk.

Verwijzing

Voor behandeling bij de kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts, huisarts of orthodontist nodig.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een kaakchirurg.

LID 2.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.2 KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)

LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Wij vergoeden het plaatsen van tandheelkundige implantaten en het plaatsen van de drukknoppen of de staaf en het klikgebit:

- a. wanneer er sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; en
- b. wanneer er sprake is van een zeer ernstig geslonken geheel tandeloze kaak en waarbij de implantaten dienen om een uitneembaar klikgebit te bevestigen.

Wij vergoeden de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een klikgebit.

Wij vergoeden de drukknoppen of de staaf en het klikgebit op implantaten en/of het vervangingsklikgebit.

LID 2.2.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Definitief kunstgebit

De zorgkosten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als er eerst een definitief kunstgebit (niet zijnde een aangepast kunstgebit of noodgebit) vervaardigd is.

Eigen bijdrage

Voor een klikgebit op implantaten gelden de volgende eigen bijdragen:

- Onderkaak
10% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten
- Bovenkaak
8% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten.
- Onder- en bovenkaak met in één kaak implantaten en in de andere kaak niet
17% van de kosten voor de gebitsprothesen, inclusief techniekkosten.

De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van de verzekerde.

LID 2.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.3 BIJZONDERE ORTHODONTIE

LID 2.3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden orthodontische zorg wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is.

LID 2.3.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere orthodontie te vervallen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, orthodontist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

LID 2.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 2.4 MONDZORG IN BIJZONDERE GEVALLEN

LID 2.4.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

- a. een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
- b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
- c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

LID 2.4.2 VOORWAARDEN

Machtiging

- a. Voor bijzondere tandheelkunde moet voorafgaande aan de behandeling toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Bij de aanvraag van de machtiging moet een schriftelijke motivering van de tandarts aanwezig zijn, een behandelingsplan met röntgenfoto en een kostenbegroting.
- b. Voor behandelingen onder narcose dient vooraf bij ons toestemming te zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven.
- c. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen onze machtiging intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, de mondhygiëne ernstig verwaarloosd wordt en/of u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere tandheelkunde te vervallen. Voor meer informatie over machtigingen, zie artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg als bedoeld in lid 2.4.1 van dit artikel ten behoeve van een volwassen extreem angstige verzekerde, betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de afwijking zich niet zou hebben voorgedaan.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 2.4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.



LID 3 MONDZORG SPECIFIEK VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Als aanvulling op de in lid 2 van dit artikel vergoedingen geldt voor verzekerden tot 18 jaar een uitgebreider vergoedingenpakket.

LID 3.1 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, of vaker indien dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen/gebitsreiniging;
- d. fluorideapplicatie, maximaal twee keer per jaar, bij verzekerden vanaf de leeftijd dat de eerste blijvende gebitselementen zijn doorgebroken, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen (zie ook lid 3.3 sub a);
- e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen);
- f. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische zorg (behandeling van de tandzenuw);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen (vulling);
- j. gnathologische zorg (behandeling van het kaakgewricht);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp (zie ook lid 3.3 sub c).

LID 3.2 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

Verzekerden jonger dan 23 jaar hebben recht op vergoeding van tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer in zijn geheel ontbrekende blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of tanden het direct gevolg is van een ongeval (zie ook lid 3.2b) en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Zie ook lid 3.3 sub b.

LID 3.3 VOORWAARDEN*Machtiging*

- a. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar, zoals genoemd onder lid 3.1 sub d van dit artikel.
- b. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling die valt onder lid 3.2 De aandoening of het ongeval moet zich hebben voorgedaan vóór het bereiken van de leeftijd van 18 jaar (dus tot en met 17 jaar) en door de hoofdbehandelaar bij de verzekeraar te zijn aangemeld. Er dient door de verzekeraar een machtiging te worden afgegeven voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Deze machtiging kan gebruikt worden tot het bereiken van de leeftijd van 23 jaar. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de betreffende aanspraak te vervallen. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.
- c. Er moet een gemotiveerde aanvraag worden ingediend wanneer een zorgaanbieder een orthopantomogram (X21) wil maken bij een verzekerde onder de 18 jaar. Dit geldt ook voor de codes X24 (schedelfoto), X25 en X26 (3D-foto). Voor een orthopantomogram en andere foto's ten behoeve van orthodontie is geen machtigingseis van toepassing. Dit betreft de prestatiecodes F152A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A en F162A.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 3.4 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

- a. orthodontie en bijbehorend röntgenonderzoek, tenzij lid 2.3 van dit artikel van toepassing is;
- b. kronen en bruggen, tenzij lid 3.1 sub I van dit artikel van toepassing is;
- c. onder lid 3.1 sub I van dit artikel is geen vergoeding mogelijk om ontbrekende kiezen te vervangen door middel van implantaten.

LID 3.5 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST*Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 4 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

LID 4.1 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) DOOR TANDARTS OF TANDPROTHETICUS

LID 4.1.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Wij vergoeden:

- a. 75% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig kunstgebit of een volledig noodkunstgebit (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak;
- b. 90% van de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

LID 4.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven wanneer:

- a. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per onder- of bovenkaak bedragen;
- b. het volledig kunstgebit binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen, met uitzondering van het vervangen van een noodkunstgebit;
- c. wanneer het volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit gemaakt en geplaatst wordt door een zorgaanbieder die is verbonden aan een CBT.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Er geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.

Wanneer het volledig (nood) kunstgebit wordt vervaardigd in een CBT geldt eveneens een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van verzekerde.

LID 4.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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