



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen NV Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, oligodontie  
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 : 201902607  
Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 22 juni 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 september 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Op 5 oktober 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020037958) aan de commissie geadviseerd nader onderzoek te (laten) doen. Dit omdat voor het Zorginstituut bepaalde aspecten niet duidelijk zijn. Om die reden is verzocht om een overzicht waarop staat welke behandelingen precies zijn aangevraagd, goedgekeurd, geweigerd, en de daarbij behorende zorginhoudelijke overwegingen van de ziektekostenverzekeraar om onderdelen van het behandelplan niet te vergoeden.

2.4. Een kopie van het advies van het Zorginstituut is op 6 oktober 2020 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in de begeleidende brief gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 11 en 27 november 2020 per brief de uitkomst van het nader onderzoek meegedeeld. Afschriften van deze reacties zijn op 13 november 2020 en 1 december 2020 aan verzoekster gezonden. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld op de betreffende stukken te reageren. Op 6 januari 2021 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

Op 26 januari 2021 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie gestuurd. Deze stukken zijn op 28 januari 2021 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 februari 2021 gereageerd op de door de verzoekster verstrekte aanvullende informatie. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

2.5. De reacties van 11 november 2020, 27 november 2020, 6 januari 2021, 26 januari 2021 en 5 februari 2021 zijn op 8 februari 2021 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Op 16 februari 2021 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is, gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting, op 10 maart 2021 aan partijen gestuurd. Op 25 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisneming aan verzoekster gezonden.

2.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.

2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 25 maart 2021 zijn op 7 april 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 12 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Extra ZEKUR Zorg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster kampte in haar jeugd met oligodontie. Van de 32 elementen ontbraken er 19. Om dit probleem op te lossen zijn indertijd 8 implantaten aangebracht. Eind 2018 bleek dat een van de aangebrachte implantaten ontstoken was en moest worden vervangen. Nadien is gebleken dat meerdere implantaten aan vervanging toe waren. Uiteindelijk is, namens verzoekster, een begroting ingediend voor een uitgebreide tandheelkundige behandeling.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 30 oktober 2018 meegedeeld dat een machtiging wordt afgegeven. Op de machtiging heeft de ziektekostenverzekeraar weergegeven welke verrichtingen tot welk bedrag door hem zijn goedgekeurd.

3.4. Verzoekster heeft op verschillende data in 2018, 2019 en 2020 nota's gedeclareerd ter zake van bij haar uitgevoerde tandheelkundige behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brieven van verschillende data meegedeeld dat niet alle gedeclareerde kosten voor vergoeding in aanmerking komen.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster op 5 februari 2020 en 13 maart 2020 nieuwe machtigingen heeft afgegeven. Wat betreft de gedeclareerde kosten waarvoor geen machtiging is afgegeven, geldt dat deze volgens de ziektekostenverzekeraar niet voor vergoeding in aanmerking komen.

3.6. Bij brief van 5 oktober 2020 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

#### **"Beoordeling**

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

*In het dossier zitten verschillende aanvragen van de behandelend tandarts namens verzoekster. Verweerder erkent de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp, maar weigerde aanvankelijk sommige prestatiecodes te vergoeden. Daarop heeft behandelend tandarts de aanvraag gewijzigd, waarop een en ander alsnog wordt goedgekeurd door verweerder.*

*Het is het Zorginstituut daardoor niet duidelijk wat nu uiteindelijk is aangevraagd, wat is geweigerd en waarom. Daarom ontvangen wij graag een overzicht waarop staat welke behandelingen precies zijn aangevraagd, goedgekeurd, geweigerd en de daar bijbehorende zorginhoudelijke overwegingen van verweerder om onderdelen van het behandelplan niet te vergoeden."*

3.7. Op 16 februari 2021 heeft het Zorginstituut, wederom voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

*"Plaatsing van implantaten in een gedeeltelijk betande kaak is geen verzekerde zorg. Dit kan alleen anders zijn als er nog steeds een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp is en het maatmanbeginsel daaraan niet in de weg staat.*

*Beoordeeld dient dus te worden of de orale conditie intussen niet zodanig veranderd is dat de betreffende zorg niet langer noodzakelijk is om verzoekster in een orale conditie te brengen die vergelijkbaar is met die van iemand zonder de onderliggende ernstige aandoening. In het algemeen geldt dat de bijzondere tandheelkundige hulp leidt tot compensatie van de aandoening tot een niveau van een 'normale' verzekerde.*

*Verweerder erkent de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Uit de nagezonden informatie blijkt dat het gaat om vervanging van implantaten die ruim 20 jaar geleden in het kader van de bijzondere tandheelkunde zijn geplaatst wegens agenesieën. Verweerder heeft gedetailleerd aangegeven welke prestatiecodes niet worden vergoed. Deels gaat het om codes die niet in rekening gebracht hadden mogen worden, deels om codes die handelingen betreffen die los staan van de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp, en dus net als bij andere verzekerden voor eigen rekening komen."*

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de vanaf 30 oktober 2018 gedeclareerde kosten ter zake van tandheelkundige behandelingen moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over bijzondere tandheelkunde 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. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 30.1 van de voorwaarden, aanspraak op mondzorg indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit dit artikel volgt dat een indicatie tot bijzondere tandhulp slechts kan voorkomen in drie gevallen:
  - a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
  - b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige 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 tandheelkundige 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.
- 6.3. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv, gaat het om een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, zoals schisis of een daarmee in ernst vergelijkbare aandoening. De aandoening van verzoekster, te weten oligodontie, is zo'n in ernst met schisis

vergelijkbare aandoening. Indien sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet daarnaast worden gekeken naar het maatmanbeginsel. Het maatmanbeginsel brengt met zich dat de aanspraak slechts reikt tot het niveau van mondgezondheid dat verzoekster zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voor gedaan. Concreet betekent dit dat verzoekster na de hulp moet beschikken over een ononderbroken tandenrij.

- 6.4. Het tandheelkundig functieprobleem is destijds verholpen door middel van het aanbrengen van implantaten. Echter, sinds enkele jaren kampt verzoekster met peri-implantaire infecties en botverlies. Om die reden heeft zij zich gewend tot een paradontoloog/implantoloog. Deze heeft bij haar, naast genoemde aandoeningen, paradontitis geconstateerd. Een uitgebreid behandelplan is opgesteld, en in 2018, 2019 en 2020 zijn bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend voor diverse tandheelkundige behandelingen. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar voor een aantal behandelingen een machtiging afgegeven. Ten aanzien van andere, eveneens aangevraagde behandelingen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster meegedeeld dat deze niet worden vergoed. Aanvankelijk op basis van de afwijsggrond dat geen indicatie tot bijzondere tandheelkunde aanwezig was. Later heeft de zorgverzekeraar het standpunt ingenomen dat verzoekster weliswaar een indicatie tot bijzondere tandheelkunde heeft, maar dat niet alle aangevraagde behandelingen ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft, in vervolg op het advies van het Zorginstituut van 5 oktober 2020, een overzicht overgelegd waaruit blijkt welke behandelingen precies zijn aangevraagd, goedgekeurd en geweigerd. De zorginhoudelijke overwegingen van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de onderdelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen zijn hierbij vermeld. Uit de overzichten van 27 november 2020 en 25 maart 2021 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar alle kosten die verband houden met het herstel van de implantaten en die correct zijn opgevoerd heeft vergoed. De declaraties die niet door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed hebben betrekking op (i) codes die niet in rekening gebracht hadden mogen worden (o.a. J01, J02, J03), en (ii) codes die verrichtingen betreffen die los staan van de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp en zien op paradontale zorg (T- codes). Daarnaast zijn volgens de ziektekostenverzekeraar verrichtingen gedeclareerd met codes die niet waren gemachtigd óf met een andere code gedeclareerd hadden moeten worden. Het betreft hierbij onder andere de codes J29, J29T en J28. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zich coulantehalve bereid verklaard de verrichtingen die foutief zijn gedeclareerd met de codes J29 en J29T alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast zal de ziektekostenverzekeraar onverplicht twee verrichtingen die - ook foutief - zijn gedeclareerd met de code J28 alsnog vergoeden, eveneens ten laste van de zorgverzekering. In beide gevallen zal nog een verrekening plaatsvinden met het eventueel nog openstaande eigen risico. Van haar kant heeft verzoekster ter zitting erkend dat de mondzorgproducten terecht niet zijn vergoed. Wel maakt zij nog aanspraak op vergoeding van drie röntgenfoto's, gedeclareerd met code X21. De ziektekostenverzekeraar heeft zich in dit verband op het standpunt gesteld dat aanspraak bestaat op drie röntgenfoto's, gedeclareerd met code X21, en vijf röntgenfoto's, gedeclareerd met code X10. De drie extra foto's zijn volgens hem terecht afgewezen.
- 6.6. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven toelichting concludeert het Zorginstituut in zijn advies van 16 februari 2021 dat de aanvragen door de ziektekostenverzekeraar juist zijn beoordeeld. De commissie ziet in de verklaring van de paradontoloog/implantoloog van 6 januari 2021 geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt dit dan ook. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de na 30 oktober 2018 gedeclareerde, en door de ziektekostenverzekeraar afgewezen kosten van mondzorg, ten laste van de zorgverzekering, voor zover hierop door hem ter zitting niet is teruggekomen.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**


- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een vergoeding op basis van 75% van de kosten tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat verzoekster aanspraak heeft op het bedrag van € 27,57, dat werd vergoed ten laste van deze


 verzekering en vrijvalt doordat de verrichting met code J28 alsnog onder de zorgverzekering wordt vergoed.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 14 april 2021,

 M.T.C.J. Nauta-Sluijs

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

### Artikel 30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

#### Dit krijgt u vergoed

Als u jonger bent dan 18 jaar, dan heeft u recht op 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 heeft u meer keren per jaar recht op 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 heeft u meer keren per jaar recht op 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 heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan heeft u recht op 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 heeft 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.

#### Hier kunt u terecht

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Toestemming

Voor kronen, bruggen, implantaten en kaakoverzichtsfoto's heeft u vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U heeft alleen recht op 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

##### Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op 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 heeft;



2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
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 heeft alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, 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 heeft recht op 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.

#### **Hier kunt u terecht**

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:  
Bij een 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:  
Bij 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 van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltespleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.  
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (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 (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.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

#### **Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **31.2. Tandheelkundige implantaten**

#### **Dit krijgt u vergoed**

U heeft recht op 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 heeft;
2. Als u een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

---

#### **Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak**

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 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 33.

---

#### **Eigen bijdrage**

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

#### **Eigen risico**

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

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
  - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
  - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
  - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
  - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
  - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
  - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

**Verwijsbrief nodig van**

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

**Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## Artikel 32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

**Dit krijgt u vergoed**

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U heeft geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties. Bij ongecompliceerde extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

**Eigen risico**

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

**Hier kunt u terecht**

Bij een kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

**Verwijsbrief nodig van**

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

**Toestemming**

Voor kaakosteotomie (een operatie waarbij één of beide kaken worden gecorrigeerd) heeft u vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## Artikel 33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

**Dit krijgt u vergoed**

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de mesostructuur). U heeft ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

**Eigen bijdrage**

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Uw eigen bijdrage is 17% van de kosten voor het tegelijk maken van een normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50).

---

### **Eigen bijdrage gebitsprothese**

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering heeft.

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel 31.2.

### **Let op**

Naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

---

### **Eigen risico**

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

### **Hier kunt u terecht**

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Toestemming**

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
  - a. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
    - € 675 voor een boven- of onderkaak
    - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen
  - b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen;
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
  - a. Een gebitsprothese op implantaten
  - b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
  - c. Een steg of drukknopen (mesostructuur)

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **FARMACEUTISCHE ZORG**

### **Artikel 34. Geneesmiddelen**

#### **Dit krijgt u vergoed**

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- Terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel
- Instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

#### **Geregistreerde geneesmiddelen**

U heeft recht op bij Regeling zorgverzekering aangewezen en geregistreerde geneesmiddelen. Deze vindt u in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

#### **Voorkeursgeneesmiddelen**

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op

---

## 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.