

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. J.J.M. Linders en mr. M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400246

Partijen

A. te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is toestemming te verlenen voor de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat een verzekeringsindicatie voor een osteotomie niet betekent dat er ook een verzekeringsindicatie bestaat voor orthodontie in bijzondere gevallen. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden die in dat verband gelden om aanspraak te kunnen maken op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 1.2. De commissie overweegt dat de kaakchirurgische en de orthodontische behandeling van elkaar moeten worden onderscheiden. Het betreft twee verschillende verzekerde prestaties, die moeten worden beoordeeld aan de hand van de onderscheiden voorwaarden. Voor de aanspraak op orthodontie ten laste van de zorgverzekering geldt dat sprake moet zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat dit bij verzoeker niet aan de orde is. De vraag of medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines noodzakelijk is, kan daarom onbeantwoord blijven. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 14 mei 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 28 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 juli 2024 aan verzoeker gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 22 juli 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024025848) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 juli 2024 aan partijen gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 september 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 september 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 22 juli 2024 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 18 september 2024 heeft het Zorginstituut de vraag van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is op 19 september 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De commissie heeft geen reactie van partijen ontvangen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gewoon ZEKUR Zorg Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Namens verzoeker is op 17 november 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een orthodontische behandeling.
- 3.3. Bij brief van 24 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde zorg niet wordt vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 22 juli 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 18 september 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is toestemming te verlenen voor de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij brief van 14 mei 2024 toegelicht dat hij in oktober 2023 een osteotomie van de kaak heeft ondergaan om zijn bovenkaak uit te breiden. De behandeling is volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar en was medisch noodzakelijk vanwege ernstige malocclusie en bovenkaakcompressie. Na de operatie is tussen de voortanden een aanzienlijke spleet van twaalf millimeter ontstaan. Om de tanden en kiezen weer correct te positioneren, is een orthodontisch traject nodig. Door de behandelend orthodontist is de volgende diagnose gesteld: "*Neutrorelatie divergent, compressie bovenkaak, KI 1/0 afwijking, 12 en C end to end, cross-bites R en L, afwezige 14, 24, crowding boven- en onderfront mediaanlijnschuiving, ggeneraliseerde recessies, forse abrasie en abfractie, gemutileerde dentitie*". Op basis van deze

diagnose is door de behandelend orthodontist een aanvraag ingediend. Volgens de orthodontist lijdt verzoeker aan een ernstige invaliderende malocclusie die zonder behandeling zal leiden tot verlies van gebitselementen.

- 4.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de aangevraagde behandeling een essentieel vervolg is op de uitgevoerde osteotomie. Zonder de orthodontische behandeling is de operatie incompleet en blijft zijn gebit in een abnormale en ongezonde toestand. Dit leidt tot langdurige medische complicaties, zoals gebitselementenverlies, parodontale functieproblemen en functionele beperkingen.
- De osteotomie en de daaropvolgende orthodontische behandeling zijn onderdelen van één geïntegreerd behandelplan. Het niet vergoeden van de orthodontische behandeling ondermijnt de effectiviteit van de reeds uitgevoerde operatie en kan leiden tot een terugval of verergering van de kaakproblemen. Weliswaar komt de situatie van verzoeker niet exact overeen met schisis, maar de functionele en medische complicaties die voortvloeien uit de malocclusie zijn in ernst vergelijkbaar. De aangevraagde behandeling is in zijn situatie daarom net zo noodzakelijk als die in de gevallen welke op de 'indicatieve lijst' staan.
- Ook heeft de huidige toestand van zijn gebit een aanzienlijke, negatieve impact op zijn dagelijks leven, zelfvertrouwen en mentale gezondheid. De orthodontische behandeling zal de kwaliteit van zijn leven aanzienlijk verbeteren.
- 4.4. Verzoeker heeft verklaard dat het voor hem onrechtvaardig voelt dat in geval van een medische situatie op basis waarvan wordt gesteld dat zowel een operatie als een orthodontisch traject noodzakelijk is, de ziektekostenverzekeraar wel het eerste deel, maar niet het tweede deel wil vergoeden. Volgens verzoeker is sprake van één behandeltraject van een (aangeboren) afwijking die vraagt om medisch ingrijpen, en waarbij twee behandelaren zijn betrokken. Het kan niet zo zijn dat de kosten van de ene behandelaar wel worden vergoed en die van de andere behandelaar niet.
- Verzoeker is niet uit op een perfect gebit, maar op een functioneel gebit.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij is geboren met een afwijkend kaakstelsel. In zijn jeugd is geprobeerd dit te verbeteren door het gebruik van een beugel en het trekken van tanden. Er is geen nazorg geweest en uiteindelijk is de situatie weer verslechterd. Pas toen verzoeker overstapte naar een andere tandarts werd de ernst van de situatie pas duidelijk. Ook werd hem duidelijk dat er in de toekomst meer problemen zullen ontstaan. De behandelend tandarts heeft verzoeker doorverwezen naar de orthodontist. Uiteindelijk is een osteotomie uitgevoerd. Als gevolg van de osteotomie zijn de tanden van verzoeker uit elkaar komen te staan en daarom is een beugel geplaatst. Vervolgens is door de behandelend orthodontist een aanvraag ingediend voor vergoeding de kosten van het orthodontische behandeltraject. Voor vergoeding hiervan dient sprake te zijn van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis vergelijkbaar met een schisis. De zeer ernstige ontwikkelingsstoornis is bij verzoeker al zijn hele leven aanwezig. Met de osteotomie is een begin gemaakt met het oplossen daarvan en het orthodontische behandeltraject is daar een vervolg op.
- In de situatie dat een verzekerde door ongezond leven een hartoperatie moet ondergaan, worden de kosten hiervan vergoed. Dit geldt ook voor de kosten van het bijbehorende revalidatietraject. Het is dus onrechtvaardig dat, in het geval van een aangeboren afwijking waarvoor een kaakchirurgische operatie noodzakelijk is, het daarbij horende orthodontische behandeltraject niet wordt vergoed.
- Verder heeft verzoeker toegelicht dat mogelijk een vervolgooperatie nodig is om de bovenkaak naar voren te brengen. Ook ervaart hij op dit moment moeite met kauwen. De extractie is niet recht evenredig gegaan en hierdoor is de kaak een kant op geschoven. Er is dus een disbalans ontstaan. Met een orthodontisch traject kan, naast het verhelpen van de spleet, ook deze disbalans worden gecorrigeerd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op de orthodontische behandeling, omdat niet aan de voorwaarden voor orthodontie in bijzondere gevallen is voldaan. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 28 juni 2024 toegelicht dat de aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 32.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van deze bepaling bestaat aanspraak op vergoeding van orthodontie in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Uit de Nota van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Ter beoordeling hiervan is een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die aan deze voorwaarde voldoen. De lijst wordt gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een verzekeringsindicatie bestaat voor orthodontie in bijzondere gevallen. Aanspraak op vergoeding van een orthodontische behandeling bestaat als deze behandeling tot doel heeft een tandheelkundig functieprobleem als gevolg van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel te verhelpen. Deze voorwaarden zijn anders dan de vergoedingsvoorwaarden voor een (kaak)osteotomie.
- 5.2. Ten aanzien van de vergoeding van mondzorg dient onderscheid te worden gemaakt tussen een kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en een orthodontische behandeling. Een osteotomie is een medisch-specialistische behandeling, terwijl orthodontie een tandheelkundige behandeling betreft. Een verzekeringsindicatie voor een osteotomie betekent niet dat ook een verzekeringsindicatie bestaat voor orthodontie in bijzondere gevallen. Voor vergoeding van een osteotomie ten laste van de zorgverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling. De machtigingsaanvraag voor de osteotomie is goedgekeurd in verband met een skeletale afwijking. Voor de orthodontische behandeling gelden strengere criteria. Er dient sprake te zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Het gaat hierbij om aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. De situatie waarin naar aanleiding van een uitgevoerde osteotomie een behandelindicatie is ontstaan voor een orthodontische behandeling (vanwege een spleet tussen de gebitselementen), valt hier niet onder.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag meerdere malen is beoordeeld door zijn medisch adviseur. Volgens de medisch adviseur is geen sprake van een ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis van het tand-kaakmondstelsel die vergelijkbaar is met een schisis. Dit blijkt ook uit het advies dat het Zorginstituut aan de commissie is uitgebracht. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat als een verzekerde aanspraak heeft op een osteotomie, dit niet betekent dat ook aanspraak bestaat op een orthodontisch behandeltraject. Beide behandelingen hebben verschillende voorwaarden. Verder geldt dat in sommige gevallen een medische indicatie kan bestaan voor een orthodontisch behandeltraject, maar dit betekent niet automatisch dat de zorgverzekeraar ook de kosten hiervan moet vergoeden.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 22 juli 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie (osteotomie) en een orthodontische behandeling. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling. Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Bij verzoeker is geen sprake van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. De door de orthodontist genoemde afwijkingen komen niet overeen met de indicaties genoemd op de indicatieve lijst en zijn ook niet in ernst vergelijkbaar met de indicaties op de indicatieve lijst. De functie van het tand-kaak-mondstelsel is, doordat de ontwikkelings- of groeistoornis niet zeer ernstig is, ook niet ernstig objectiveerbaar verminderd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoeker sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 18 september 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoeker dat als gevolg van de osteotomie ook een disbalans in de kaak is ontstaan. Volgens hem is het aangevraagde behandeltraject mede gericht op het verhelpen van deze disbalans en dus niet alleen op het verhelpen van de spleet. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op.

De disbalans en het centraal diasteem (10-12mm) is ontstaan door de osteotomie en extractie. Het is gebruikelijk dat de kaakchirurg eerst de kaken in grove zin op elkaar laat passen met als gevolg dat de situatie voor de patiënt tijdelijk verslechterd kan zijn. De orthodontist kan echter daarna de tanden beter op een rij zetten.

Of verzoeker een indicatie heeft voor de vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering wordt beoordeeld voor de start van het behandeltraject. Op dat moment was bij verzoeker geen sprake van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

De disbalans is een gevolg van de osteotomie en extractie, en niet het gevolg van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis. Verzoeker heeft derhalve geen indicatie voor de vergoeding van orthodontie 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 10 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg, en meer specifiek tandheelkundige hulp en orthodontische hulp in bijzondere gevallen, 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. Verzoeker heeft in de eerste plaats aangevoerd dat de uitgevoerde osteotomie en de aangevraagde orthodontische behandeling als onderdelen van één behandeltraject moeten worden gezien. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Zij overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen enerzijds de kaakchirurgische behandeling (osteotomie) en anderzijds de aangevraagde orthodontische behandeling. De kaakchirurgische behandeling behoort tot de medisch specialistische zorg, terwijl de orthodontische behandeling een tandheelkundige behandeling betreft. Een verzekeringsindicatie voor een osteotomie - in dit geval vanwege een skeletale afwijking - betekent niet dat tevens het bestaan van een verzekeringsindicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Het gaat om twee verschillende verzekerde prestaties, die moeten worden beoordeeld aan de hand van de onderscheiden voorwaarden. Dat verzoeker een verzekeringsindicatie heeft voor de inmiddels uitgevoerde osteotomie vormt geen onderwerp van geschil, zodat deze behandeling verder onbesproken kan blijven.
- 8.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 32 van de voorwaarden zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Aanspraak op deze vorm van zorg bestaat in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt dat het moet gaan om een situatie vergelijkbaar met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij de verzekerde een verzekeringsindicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- 8.4. In zijn advies aan de commissie van 22 juli 2024 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat bij verzoeker geen sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak- mondstelsel. De door de orthodontist genoemde afwijkingen komen niet overeen met de indicaties genoemd op de 'indicatieve lijst' en zijn ook niet in ernst vergelijkbaar met de indicaties op die lijst. De functie van het tand-kaak-mondstelsel is, doordat de ontwikkelings- of groeistoornis niet zeer ernstig is, ook niet objectieverbaar verminderd. Volgens het Zorginstituut heeft verzoeker geen verzekeringsindicatie voor de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. De stelling van verzoeker dat als gevolg van de osteotomie ook een disbalans in de kaak is ontstaan en het aangevraagde behandeltraject mede gericht is op het verhelpen van deze disbalans, maakt dit niet anders. In haar definitief advies aan de commissie van 18 september 2024 heeft het Zorginstituut toegelicht dat de disbalans het gevolg is van de osteotomie en extractie en niet het gevolg van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis. Verzoeker heeft de impact van de huidige situatie op zijn kwaliteit van leven toegelicht. De commissie begrijpt dat de huidige situatie door hem persoonlijk als belastend wordt ervaren. Hier wil de commissie niet aan voorbij gaan. Echter, het voorgaande kan er niet toe leiden dat van de zeer strikte voorwaarden met betrekking tot orthodontie in bijzondere gevallen wordt afgeweken. De commissie volgt daarom de conclusie van het Zorginstituut en zij maakt deze tot de hare. Bij ontbreken van een verzekeringsindicatie, kan de aanvullende vraag of medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is, onbeantwoord blijven.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 oktober 2024,

J.J.M. Linders

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Gewoon ZEKUR Zorg is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Voor Gewoon ZEKUR Zorg contracteren wij een select aantal zorgaanbieders voor de zorg in de artikelen 16 (Medisch specialistische zorg) en 38 (Verblijf) voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de [Zorgvinder](#) vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

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 jeugd tandverzorging.

Voor een autotransplantaat bij een multidisciplinair behandelteam waarbij het chirurgische deel uitgevoerd wordt door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of kaakchirurg en het tandheelkundige deel door een tandarts. De regierol ligt bij de zorgaanbieder die het chirurgische deel uitvoert.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Kronen, bruggen en implantaten
- Kaakoverzichtsfoto's
- Autotransplantaten door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of een tandarts
- De 11e sealing of meer
- Het trekken van een frontelement, melktand of melkkies in een moeilijke situatie waarbij het tandvlees aan de kant moet worden geschoven
- De toeslag zeer ernstig geslonken kaak bij een gebitsprothese
- De kosten van alle overige tandheelkundige behandelingen die samen meer dan € 1.400 per jaar bedragen.

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

Artikel 32. Bijzondere tandheelkunde (restitutie)

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.

32.1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Tandheelkunde zorg in bijzondere gevallen is zorg zoals tandartsen 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.

De zorg vermeld onder 1. omvat 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.

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 gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

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.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding 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.

32.2. Tandheelkundige implantaten

De zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde als u:

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

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tadeloze 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 34.

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 tadeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

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.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding 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 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder (restitutie)

Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden als u 18 jaar en ouder bent.

Dit is niet verzekerd:

- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze 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.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 34. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder (restitutie)

De zorg omvat een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten als u 18 jaar of ouder bent. De zorg omvat ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de meso-structuur) voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese maakt ook deel uit van deze zorg.

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).

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, 2.6, 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.

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 taneloze 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.