

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen NV Zorgverzekeraar UMC te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, wortelkanaalbehandeling
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202102316
Zittingsdatum : 8 juni 2022

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 13 december 2021 heeft verzoeker de SKGZ ervan op de hoogte gebracht dat hij een klacht heeft over de ziektekostenverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 10 januari 2022 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Hierna heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) bij brief van 24 februari 2022 gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft vervolgens verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 10 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 13 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 april 2022 aan verzoeker gezonden. Bij brief van 29 mei 2022 heeft verzoeker op de desbetreffende reactie gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 mei 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022015685) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 mei 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2022 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 en de reactie van verzoeker van 29 mei 2022 zijn op 15 juni 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 mei 2022 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies aandacht te besteden aan het ter zitting door verzoeker genoemde argument dat de aanwezigheid van een fistel moet worden gezien als een ziekte en dat voor het behoud van het element een wortelkanaalbehandeling moest worden uitgevoerd. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 juni 2022 een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 juni 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 27 juni 2022 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering UMC Basis (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering UMC Extra Zorg 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor tandheelkundige zorg en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 24 augustus 2020 en 22 oktober 2020 consulten gehad bij een endodontoloog voor het uitvoeren van een wortelkanaalbehandeling. De ontvangen nota's ter zake (totaalbedrag € 699,38) heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij uitkeringsspecificatie van 3 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.
- 3.3. Begin januari 2021 heeft de endodontoloog bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor vergoeding van de eerder bij verzoeker uitgevoerde wortelkanaalbehandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 januari 2021 afwijzend op de aanvraag beslist.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 13 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 11 mei 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"De omschrijving van de indicatie voor bijzondere tandheelkunde geeft aan dat verzoeker pas recht heeft op de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is, indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en verzoeker 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.

Voor wat betreft de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp op grond van artikel 2.7 eerste lid, aanhef en onder c, van het Bzv dient te worden opgemerkt dat de tandheelkundige zorg in het kader van dit artikel over het algemeen het ontstekingsvrij maken van de mond door middel van extracties betreft.

De behandeling van verzoeker is niet te vergelijken met bovenstaande situatie. Er is bij verzoeker geen sprake van een ziekte waarbij een behandeling nodig is en waar als voorwaarde geldt dat er geen ontstekingen in de mond aanwezig mag zijn.

Conclusie

Op basis van voorgaande kan geconcludeerd worden dat verweerder de vergoeding voor de uitgevoerde wortelkanaalbehandeling terecht heeft afgewezen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De aanvraag is voor wat betreft de vergoeding van de uitgevoerde wortelkanaalbehandeling terecht afgewezen."

- 3.6. Bij brief van 22 juni 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn definitief advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"U hebt het Zorginstituut gevraagd aandacht te besteden aan het volgende: "Kunt u expliciet ingaan op de stelling van verzekerde dat de aanwezigheid van een fistel moet worden gezien als

een ziekte en dat voor het behoud van het element een wortelkanaalbehandeling moest worden uitgevoerd."

Naar aanleiding van uw vraag en hetgeen verzoeker aanvoert merkt het Zorginstituut het volgende op.

De fistel is geen separate ziekte maar een uitbreiding van een ontsteking in de wortel van de kies. De etiologie en pathogenese van een fistel is als volgt. Eerst ontstaat er pulpitis (een ontsteking in de wortel van de kies), vervolgens breidt deze zich uit naar het peri-radicaire ossale gebied (het bot om de wortelpunt) en daarna zoekt deze zich een weg via het buccale slijmvlies naar de mondholte (de fistel). De fistel is daarmee een uitbreiding en onderdeel van de ontsteking van de kies en niet een separate locale/systemische ziekte.

De meest geschikte behandeling van de fistel is dan ook primair de behandeling van de ontsteking van de kies en vervolgens indien er veel mucosale reacties zijn geweest wellicht een kaakchirurgische behandeling om granulaat weefsel te verwijderen en de wond weer te hechten/genezen.

De eerste behandeling dient door een tandarts of tandarts-endodontoloog uitgevoerd te worden en wordt niet vanuit de basisverzekering vergoed. Aangezien nu de oorzaak van de ontsteking is opgelost verdwijnt de fistel meestal spontaan. Indien dit niet geval is, is eventueel een vervolgbehandeling door de kaakchirurg aangewezen."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de uitgevoerde wortelkanaalbehandeling (€ 699,38) te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker voert aan dat bij hem eind 2020 ter hoogte van element 26 een fistel is ontdekt. Omdat een fistel vrijwel nooit uit zichzelf geneest, is een chirurgische ingreep noodzakelijk. Aan verzoeker is verteld dat een chirurgische behandeling van een tand-mond fistel alleen succesvol kan zijn als al het ontstekingsweefsel wordt verwijderd, én alle plaatsen waar bacteriën zich kunnen verschuilen worden gedicht. Een bekende schuilplaats voor bacteriën is een niet-gevuld wortelkanaal. Indien afgezien zou worden van de vulling van een niet-gevuld wortelkanaal, dan zal een chirurgische behandeling van de fistel met zekerheid onvoldoende resultaat hebben. De chirurgische behandeling van de fistel, ná voorafgaande vulling van het wortelkanaal, is gericht op behoud van de tand of kies. Volgens verzoeker is de wortelkanaalbehandeling noodzakelijk om de bestaande gebitsfunctie te behouden.
Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op mondzorg als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg onvoldoende resultaat heeft. In de

desbetreffende tekst worden verder geen voorwaarden gesteld aan de aard van de medische behandeling. Verzoeker meent dat hij aan de voorwaarden van de zorgverzekering voldoet.

- 6.3. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de aanwezigheid van een fistel een ziekte is waar medisch ingrijpen voor noodzakelijk was. Voor het verwijderen van de fistel was het noodzakelijk dat er een wortelkanaalbehandeling werd uitgevoerd. Als dit niet had plaatsgevonden was het element waarschijnlijk verloren gegaan. Daarnaast geldt dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat door de endodontoloog onvoldoende is onderbouwd dat voor de fisteloperatie een wortelkanaalbehandeling noodzakelijk was. Hiertoe geldt dat de endodontoloog ten onrechte met de bewijslast wordt opgezaagd. Er bestaat een geschil tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. De behandelaar moet hier geen onderdeel van uitmaken.
- In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoeker dat het Zorginstituut ten onrechte veronderstelt dat sprake was van cariës. Bij verzoeker is de fistel ontstaan na een wondje in de mond dat is gaan ontsteken tot aan de wortelpunt. Daarna hebben zich bacteriën verscholen in een niet voldoende gevuld wortelkanaal waardoor het afweersysteem niet meer lukt de bacteriën te verwijderen. Op dat moment ontstaat er een fistel. De fistel is dus niet het gevolg van cariës, maar primair een ziekte dat moet worden behandeld.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde en dat om die reden de kosten van de uitgevoerde wortelkanaalbehandeling niet worden vergoed. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat zijn situatie voldoet aan artikel 32.1, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van dit artikel bestaat aanspraak op tandheelkundige zorg als de verzekerde een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de tandheelkundige zorg onvoldoende resultaat heeft. Anders dan verzoeker stelt, gaat het hierbij om het ontstekingsvrij maken van de mond door behandelingen aan het tandvlees, het trekken van tanden of kiezen of het toedienen van antibiotica. Bij verzoeker is geen sprake van een ontsteking in de mond zodat niet wordt voldaan aan voorwaarden van artikel 32.1 van de zorgverzekering. Dat in dit verband geen (verzekerings)indicatie aanwezig is, is niet alleen door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld, maar ook door zijn behandelaar.

Overwegingen commissie

- 6.5. De commissie overweegt dat op grond van artikel 32.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op tandheelkundige en orthodontische zorg. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen is dat sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Die is aanwezig in drie gevallen:
- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft.
 - (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft **en** de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.
 - (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft **en** de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.
- 6.6. In het geval van verzoeker zijn de onder (a) en (b) genoemde situaties niet aan de orde. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of bij verzoeker sprake is van een situatie als bedoeld onder (c). In dat verband is het noodzakelijk dat de verzekerde een medische behandeling moet ondergaan die zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Te denken valt hierbij aan behandelingen van hartaandoeningen, diabetes mellitus, multiple sclerose, longontsteking of aan oncologische therapieën.

Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij ter hoogte van element 26 een fistel heeft die chirurgisch moet worden behandeld. Volgens verzoeker kan de chirurgische ingreep aan de fistel alleen plaatsvinden als voorafgaand alle niet-gevulde wortelkanalen gevuld zijn. Om deze reden heeft verzoeker de onderhavige wortelkanaalbehandeling laten uitvoeren.

Het Zorginstituut schrijft in zijn voorlopig advies van 11 mei 2022 dat de behandeling van verzoeker niet te vergelijken is met een situatie als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, aanhef en onder c, Bzv. Er is, aldus het Zorginstituut, geen sprake van een ziekte waarbij een behandeling nodig is en waarvoor als voorwaarde geldt dat er geen ontstekingen in de mond aanwezig mogen zijn. In het definitief advies van het Zorginstituut van 22 juni 2022 wordt dit bevestigd.

De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd geen aanleiding van het advies af te wijken. De aanvraag die bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend is voor de commissie leidend. Uit deze aanvraag en ook uit de andere overgelegde stukken blijkt niet dat er een noodzaak was voor het uitvoeren van de wortelkanaalbehandeling, integendeel het weghalen van de fistel kon ook zonder de ingreep. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut dan ook. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op een wortelkanaalbehandeling ten laste van de zorgverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar de hiervoor ingediende aanvraag terecht heeft afgewezen.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juli 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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, vijftientwintig 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.

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.

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 32. 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 vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

32.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijgt u vergoed

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

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel 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 vergoeding van de kosten van orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij mededagnostiek 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 gehemelte spleet 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.

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

Dit krijgt u vergoed

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

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel 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 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.