

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door CAK
Volmacht B.V. te Dordrecht
Zaak : Mondzorg, AMSJl-implantaten, stand van wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021 artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, art. 6:248 BW
Zaaknummer : 202101416
Zittingsdatum : 17 november 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door CAK Volmacht B.V. te Dordrecht.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 augustus 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 10 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 9 september 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 27 oktober 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021035211) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 oktober 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 november 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 18 november 2021 aan het Zorginstituut gezonden. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies aandacht te besteden aan verwijzing van verzoeker naar het tweede deel van de zin van artikel 2.1, tweede lid, Bzv.
In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 december 2021 een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 2 januari 2022 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de respectieve wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Promovendum Ruime Keuze 2021 (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Primair en Tandongevallen (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker lijdt aan de erfelijke aandoening ectodermale dysplasie met als gevolg dat zijn kaak erg dun is en dat veel tanden en kiezen ontbreken. Om de tandheelkundige functie te herstellen draagt verzoeker zowel boven als onder een gebitsprothese. Inmiddels zit de bovenprothese

nog maar vast aan één kies. Omdat een standaard implantaatbehandeling in de situatie van verzoeker geen optie is, is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor het aanbrengen van AMSJI-implantaten.

- 3.3. De behandelend implantoloog heeft op 9 maart 2021 het volgende over verzoeker verklaard:

"Reden van komst

Verzoek van MKA-chirurg [naam] om te beoordelen of een botopbouw een alternatief is voor een AMSJI implantaat.

Anamnese

- Heeft veel last van verkoudheid en een droge neus. Ervaart retentieproblematiek van de bovenprothese.*
- Voorgeschiedenis: Ectodermale dysplasie*
- Medicatie: Geen / Intoxicaties: Roken: nee / Allergieën: Geen gekende,*

Lichamelijk onderzoek

(intra - oraal: bovenkaak fors geresorbeerd. 26, 11 en 21 zijn nog aanwezig.

Onderkaak: Prothese op 3 implantaten met steg.

(...)

CBCT analyse

Het röntgenbeeld laat een desastreus geresorbeerde bovenkaak zien; indien een botopbouw wordt uitgevoerd, zal al de botregeneratie moeten komen uit het sterk geresorbeerde bot. Dit is zo dun dat kans van slagen miniem is.

Conclusie

Indicatie voor het plaatsen van AMSJI implantaat in de bovenkaak.

Beleid

Gezien de ectodermale dysplasie en de extreem geresorbeerde bovenkaak is een botopbouw nu niet eerste keuze.

Het meest veilige alternatief is het concept van de desubperiostale "Additively Manufactured Subperiosteal Jaw Implant", het zogenaamde AMSJI- implantaat naar de methode van Mommaerts."

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 maart 2021 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat het aanbrengen van AMSJI-implantaten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 14 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 27 oktober 2021 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Indicatie

Tandheelkundige hulp voor volwassenen behoort niet tot de aanspraken krachtens de Zvw. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Voor aanspraak op implantaten moet sprake zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten moeten ter bevestiging van een uitneembare prothese dienen. Verzoeker heeft een aanvraag ingediend voor vergoeding van een implantaat voor zijn bovenkaak. Er is bij verzoeker echter geen sprake van een tandeloze bovenkaak. Er wordt dus niet voldaan aan de wettelijke voorwaarden voor vergoeding van implantaten.

Stand van de wetenschap en praktijk

Verweerder heeft aangevoerd dat het aanbrengen van AMSJI-implantaten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er wordt bij de beoordeling van dit geschil eigenlijk niet toegekomen aan de vraag of het aanbrengen van AMSJI-implantaten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk omdat verzoeker niet voldoet aan de wettelijke voorwaarden voor vergoeding van implantaten. Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op over de stand van de wetenschap en praktijk.

Om te kunnen bepalen of een behandeling met AMSJI-implantaten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is op 18 oktober 2021 een literatuuronderzoek verricht in Medline (Ovid).

Er werden zeven wetenschappelijke artikelen gevonden. Het betreffen kleinschalige studies met een korte follow up waarin een nieuw implantaat benadering wordt gepresenteerd. Het gaat om een nieuw concept dat onvoldoende is geëvalueerd om te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk."

- 3.7. Bij brief van 9 augustus 2021 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies geconcludeerd dat AMSJI-implantaten niet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' en derhalve niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. Artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) geeft naast 'de stand van de wetenschap en praktijk' nog een aanvullende norm. Er staat in het artikel: "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."

Blijkens de Nota van toelichting bij het Bzv slaat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' op zorgvormen die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven. Uit deze toelichting en ook uit de zinsnede 'bij ontbreken van een zodanige maatstaf' in artikel 2.1 Bzv volgt dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' alleen geldt als de andere norm ('de stand van de wetenschap en praktijk') niet van toepassing is. Het is dus niet zo dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' in beeld komt, indien bij een concrete beoordeling niet voldaan is aan de norm 'de stand van de wetenschap en praktijk', bijvoorbeeld vanwege zeer lage kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit. De norm 'de stand van de wetenschap en praktijk' is niet van toepassing, als (medisch) wetenschappelijke bewijsvoering geen enkele rol speelt respectievelijk kan spelen bij de vraag of de zorg/dienst in staat is te doen wat deze beoogt te doen. Dit geldt in ieder geval voor ziekenvervoer en voor de zogenoemde welzijnsgerelateerde hulpmiddelen. Dit zijn extramurale hulpmiddelen die de maatschappelijke participatie bevorderen, zoals bijvoorbeeld hulpmiddelen voor de communicatie. Deze hulpmiddelen worden niet ingezet als onderdeel van een geneeskundige behandeling, maar zijn bedoeld om gevolgen van de beperkingen of de participatieproblemen veroorzaakt door de stoornis, te verminderen. Zij worden in de regel niet aan het lichaam gedragen. Op deze hulpmiddelen is de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' van toepassing. Ook voor deze norm geldt overigens dat op enigerlei wijze moet kunnen worden nagegaan of de zorg/dienst in staat is te doen wat deze beoogt te doen en of de veiligheid en het gebruiksgemak gewaarborgd zijn. Aan de hand van bijvoorbeeld een (gepubliceerde) praktijkevaluatie of consumentenonderzoek kan daarop een antwoord worden gegeven.

Tot op heden heeft het Zorginstituut geen andere zorg(vormen) geïdentificeerd ten aanzien waarvan ook geconcludeerd zou moeten worden dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' van toepassing is. De norm is dan ook niet van toepassing in dit geval."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de behandeling met AMSJI-implantaten moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 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. 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 en de stand van de wetenschap en praktijk alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar het aanbrengen van AMSJI-implantaten moet vergoeden. Dit omdat hij feitelijk geen andere mogelijkheid heeft dan te kiezen voor dit type implantaten. Een reguliere implantaatbehandeling is voor verzoeker om twee redenen geen optie. In de eerste plaats is een dergelijke implantaatbehandeling alleen mogelijk als een extreme hoeveelheid bot wordt opgebouwd. De kans dat dit slaagt is volgens een geraadpleegde expert miniem. Een tweede probleem is dat de botopbouw wordt aangebracht in de bijholten. Een gevolg van de aandoening ectodermale dysplasie waaraan verzoeker lijdt, is dat hij geen (zweet)klieren heeft en dus ook geen neusslijmvlies. Voor de bevochtiging van de neus is verzoeker daarom afhankelijk van zijn bijholten. Worden deze 'volgestopt' met bot dan droogt zijn neus op.

Gelet op het voorgaande is verzoeker geadviseerd te kiezen voor AMSJI-implantaten. Dit type implantaten wordt niet vastgemaakt aan de kaak, maar aan het jukbeen. Dit laatste heeft als voordeel dat geen botopbouw hoeft plaats te vinden.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat AMSJI-implantaten niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en verwijst hierbij naar artikel 2.1 Bzv. In dit artikel wordt ook gemeld dat moet worden gekeken naar hetgeen in het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg wordt aangemerkt. Uit het feit dat niet alleen door de behandelend implantoloog, maar ook in heel Europa al bij meer dan 300 patiënten een AMSJI-implantaat is aangebracht blijkt dat het aanbrengen van een dergelijk implantaat behoort tot 'verantwoorde en adequate' zorg. Daarnaast blijkt uit verschillende publicaties dat een AMSJI-implantaat als veilig kan worden beschouwd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat hij de behandeling met AMSJI-implantaten niet hoeft te vergoeden. Hiertoe voert hij aan dat hij als zorgverzekeraar de taak heeft te toetsen of de aangevraagde zorg binnen de geldende wet- en regelgeving verzekerde zorg is. In artikel 2.1, tweede lid, Bzv is bepaald dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Eind 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan het Zorginstituut gevraagd of het aanbrengen van AMSJI-implantaten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar toen bericht dat er op dat moment

onvoldoende wetenschappelijk bewijs was waaruit blijkt dat de inzet van AMSJI- implantaten voldoende effect heeft. Inmiddels lopen er in wetenschappelijk verband wel onderzoeken naar de toepassing van AMSJI-implantaten, maar vooralsnog voldoet deze behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.4. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de toepassing van AMSJI-implantaten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 6.5. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.6. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.7. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de toepassing van AMSJI-implantaten. Het advies van 27 oktober 2021 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut geeft aan dat op 18 oktober 2021 een literatuuronderzoek is verricht in Medline (Ovid) en dat zeven wetenschappelijke artikelen werden gevonden. Het betrof kleinschalige studies met een korte follow up waarin een nieuwe implantaat benadering wordt gepresenteerd. Het gaat om een nieuw concept dat onvoldoende is geëvalueerd om te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De conclusie van het Zorginstituut is dan ook dat de toepassing van AMSJI-implantaten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
Verzoeker heeft aangevoerd dat ook moet worden gekeken naar artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Dit lid vermeldt dat als wetenschappelijke literatuur ontbreekt er moet worden gekeken naar wat in het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. In dat verband geldt dat toepassing van AMSJI-implantaten door meerdere specialisten al veelvuldig met succes wordt toegepast. Uit het definitief advies van het Zorginstituut van 22 december 2021 blijkt dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' alleen geldt als de andere norm ('de stand van de wetenschap en praktijk') niet van toepassing is. Tot op heden heeft het Zorginstituut geen andere zorg(vormen) geïdentificeerd ten aanzien waarvan ook geconcludeerd zou moeten worden dat de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' van toepassing is. Het voorgaande betekent

dat de verwijzing van verzoeker naar artikel 2.1, tweede lid, Bzv niet opgaat en daarom door de commissie wordt gepasseerd.

- 6.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat een standaard implantaatbehandeling voor hem geen optie is. De commissie overweegt in dit verband dat voor zover verzoeker hiermee beoogt te stellen dat het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk buiten toepassing moet blijven omdat dit leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, die stelling geen doel treft. De wetgever heeft namelijk bepaald dat op een standaard implantaatbehandeling alleen aanspraak bestaat als de verzekerde edentaat is. Verzoeker heeft nog resterende elementen, en voldoet derhalve (ook) niet aan deze eis. Dit alles laat onverlet dat de commissie heeft gelezen en gehoord (en neemt ook aan) dat verzoeker serieuze klachten ervaart. De wetgever heeft echter een kader gesteld waaraan moet zijn voldaan om in aanmerking te komen voor de zorg en overige diensten. Dat kader bepaalt of sprake is van een verzekerde prestatie en van een (verzekerings)indicatie. Aan beide wordt helaas niet voldaan.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 januari 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

noodzakelijk is.

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

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.

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Promovendum Ruime Keuze 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 overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, 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.

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 (luchtgas)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.

32.3 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 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 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.

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

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.