

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302070

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) Onderlinge Waarborgmaatschappij CZ Groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk 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 de aanvraag, voor het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak, goed te keuren.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker niet voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden, omdat geen sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Daarbij moet, ook als wel sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak, altijd nog worden nagegaan wat een optimale prothesevoorziening kan doen.
- 1.2. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor het aanbrengen van implantaten, als bij een verzekerde sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen als steun van een (volledige) uitneembare prothese. Dit staat in artikel 2.7, tweede lid, Bzv. Artikel B12.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 28 februari 2024 aan de commissie opgemerkt dat op de röntgenfoto van de bovenkaak van verzoeker is te zien dat deze kaak niet zeer ernstig is geslonken. Het (ver)slikprobleem vormt geen (verzekerings)indicatie, zoals bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, sub a, Bzv. Verzoeker heeft om deze redenen, aldus het Zorginstituut geen aanspraak op het aanbrengen van twee implantaten in de bovenkaak, aldus het Zorginstituut. Ter zitting is vastgesteld dat het gaat om het aanbrengen van vier implantaten en heeft verzoeker de mogelijkheid gekregen zijn tandprothetische historie en de actuele stand van zijn huidige prothese aan de commissie te sturen. Deze stukken heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies van 6 juni 2024 betrokken, maar deze hebben geen aanleiding gegeven het voorlopig advies te herzien. De commissie volgt dit en 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 op 12 december 2023 telefonisch aan de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd de commissie een uitspraak te laten doen. Bij brief van 14 december 2023 heeft de commissie verzoeker hiervan een bevestiging gestuurd. Op 8 januari 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. Verzoeker heeft bij zijn e-mailbericht van 8 januari 2024, gericht aan de commissie, een foto van 13 december 2022 van de binnenkant van de mond en een röntgenfoto van 17 januari 2023 van de kaak gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 2 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 februari 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 28 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024005234) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is eveneens op 28 februari 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.5. 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 mei 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 21 mei 2024 de ter zitting besproken stukken - tandprothetische historie en de actuele stand van zijn huidige prothese - aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 23 mei 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.7. Bij brief van 27 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de nagekomen stukken.
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 mei 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 28 februari 2024 aanpassing behoeft.
- 2.9. Bij brief van 6 juni 2024 heeft het Zorginstituut een toelichting gegeven op de vragen van de commissie en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het definitief advies is eveneens op 6 juni 2024 aan partijen gestuurd. Partijen hebben hierop niet meer gereageerd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Sterk, OHRA Tandenaaf 750 en OHRA Gezond (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

- 3.2. De huisarts heeft verzoeker een klikgebit geadviseerd en hem hiervoor verwezen naar de kaakchirurg. Ter voorbereiding op het klikgebit is namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar op 27 december 2022 een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak.
- 3.3. Bij brief van 24 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering voor een implantaatbehandeling en de aanvraag afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 28 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 6 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag van 27 december 2022, voor het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak, goed te keuren.
- 4.2. In zijn brief van 14 februari 2023 heeft verzoeker verklaard dat bij hem sprake is van een medische noodzaak en dat hij, ongeacht regelgeving, aanspraak dient te hebben op het aanbrengen van de implantaten. Hij licht toe dat hij een apneu operatie heeft ondergaan, waarbij zijn huidig is verwijderd, en dat door tandenknarsen het kaakscharnier aan de rechterkant is aangetast. Door de druk op zijn kaak heeft hij veel pijnklachten. De kiezen in de onderkaak zijn niet meer aanwezig, zodat zijn gebitsprothese voor de bovenkaak niet goed past en zijn tong de plek waar de huidig eerst zat niet goed afsluit. Met de huidige gebitsprothese produceert hij veel speeksel, waardoor deze prothese continu in de mond beweegt. Ook heeft hij last met praten en verslikt hij zich veelvuldig tijdens het eten. Zijn eetgedrag is veranderd, waardoor hij 6 kg is afgevallen. Verzoeker heeft een slechte nachtrust, omdat hij zich veel verslikt en dan het gevoel krijgt te stikken. Hij vindt het ook niet juist dat de ziektekostenverzekeraar op basis van een röntgenfoto zijn aanvraag afwijst (e-mailbericht 30 mei 2023).
- 4.3. In zijn brief van 24 juli 2023 heeft verzoeker toegelicht dat hij - door het missen van zijn huidig - ernstige beperkingen ondervindt tijdens het slikken. Volgens verzoeker is zijn levenskwaliteit verslechterd. Sinds de verwijdering van zijn huidig wordt er meer speeksel aangemaakt. Hierdoor verslikt hij zich frequent en kan hij slecht eten en slapen. Zijn huidige gebitsprothese heeft de situatie verslechterd, omdat deze niet goed in zijn mond blijft vastzitten.
- 4.4. Verzoeker heeft in zijn brief van 28 juli 2023 herhaald dat hij last heeft van een aanzienlijke speekselproductie, met name 's nachts. Dit heeft ernstige gevolgen voor zijn ademhaling en leidt herhaaldelijk tot verstikkingsmomenten tijdens het slapen. Volgens verzoeker veroorzaakt zijn huidige gebitsprothese ook een verhoogde speekselproductie, waardoor voedsel en speeksel vaak in zijn luchtwegen terecht komen. Dit is een terugkerend acuut probleem. Verzoeker verklaart dat hij heeft geprobeerd zijn problemen op verschillende manieren op te lossen, maar dat niets heeft geleid tot een duurzame verbetering van zijn klachten.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker, daarnaar expliciet door de commissie gevraagd, verklaard dat het om vier implantaten en niet om twee implantaten gaat. Verzoeker begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar het in de stukken heeft over twee implantaten. Verzoeker heeft verder gesteld dat, gelet op zijn medische situatie, een klikgebit noodzakelijk is geworden om zijn kwaliteit van leven te behouden. Dit blijkt volgens hem uit de aanvraag voor het klikgebit van de kaakchirurg van 2 november 2022. Daarin staat namelijk: "Zeer ernstige resorptie". Verzoeker stelt dat het hier gaat om een zeer ernstige resorptie die in het algemeen wordt beschouwd als een gevorderd stadium van botverlies in de kaak, dat kan leiden tot ernstige problemen met betrekking tot het functioneren van het gebit en de kwaliteit van leven van de patiënt. Zeer ernstige resorptie kan problemen veroorzaken bij het dragen van een traditioneel kunstgebit, omdat er onvoldoende steun is voor het kunstgebit in de kaak. In dergelijke gevallen kan een klikgebit een geschikte oplossing zijn. Verzoeker heeft verklaard dat hij op 10 april 2024 in verband met toenemende kaakgewricht klachten bij de kaakchirurg in het Rijnstate ziekenhuis is geweest. Volgens deze kaakchirurg is er sprake van 'Anterieure discusluxatie rechts met reductie'. Dit betekent volgens verzoeker dat het kaakgewricht invloed kan hebben op de stabiliteit van de prothese, waardoor deze losser kan zitten of minder goed blijft zitten tijdens het eten of praten. Een klikgebit kan bijdragen aan het verminderen van de pijn of ongemak in het kaakgewricht. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat de uitspraak van de rechtbank Gelderland van 2 december 2020 (ECLI:NL:RBGEL:2020:6278), gelijkenissen heeft met zijn situatie. In de desbetreffende zaak was niet in geschil dat de eisende partij een tandeloze kaak had die niet zeer ernstig was geslonken. Desondanks oordeelde de rechtbank dat indien het plaatsen van implantaten ten behoeve van een implantaatgedragen overkappingsprothese noodzakelijk is vanwege een van de in het eerste lid van artikel 2.7 Bzv genoemde aandoeningen, zoals het geval was bij de eisende partij in die zaak, deze implantaten voor vergoeding in aanmerking komen, zelfs als geen sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Deze uitspraak onderstreept het principe dat het tweede lid van artikel 2.7 Bzv een uitbreiding is en niet als een beperking van de vergoedingsmogelijkheden moet worden gezien. Verzoeker stelt dat de ernst van een situatie zoals beschreven in artikel 2.7 Bzv niet uitsluitend kan worden vastgesteld door middel van foto's. Het is volgens hem van groot belang een multidisciplinaire beoordeling te doen, waarbij alle relevante medische en functionele aspecten in overweging worden genomen. Volgens hem is nader onderzoek nodig om vast te stellen onder welke stoornis van artikel 2.7, eerste lid, Bzv zijn aandoening valt. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij begrijpt dat er vergoedingsvoorwaarden zijn. Hij wil dat de ziektekostenverzekeraar hem onderzoekt in plaats van op basis van stukken de aanvraag afwijst. Hij is door een dal gegaan. Hij is afgekeurd voor zijn werk. Ook daar werd hij in persoon onderzocht. Er is nu te onpersoonlijk gehandeld door de ziektekostenverzekeraar. De commissie heeft, nadat verzoeker wees op de tandprothetische historie, verzoeker de mogelijkheid gegeven de tandprothetische historie en de actuele stand van de huidige prothese aan de commissie te sturen.

- 4.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 21 mei 2024 de ter zitting besproken stukken - tandprothetische historie en de actuele stand van zijn huidige prothese - aan de commissie gestuurd.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker niet voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden en om die reden geen aanspraak heeft op het aanbrengen van twee implantaten in de bovenkaak. Hij voert hiertoe in zijn brief van 17 mei 2023 aan dat implantaten ten laste van de zorgverzekering worden vergoed als sprake is van een uitzonderlijke situatie waarbij een ernstige functiestoornis optreedt. Het moet dan gaan om een:
- ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworpen afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, of
 - een niet tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, of

- een niet medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft, en
- het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat op grond van de wetgeving de aandoening, zoals oligodontie (het niet aangelegd zijn van ten minste zes tanden of kiezen), een schisis (spleet in lip, kaak of gehemelte) of een ernstig trauma, waarbij naast tanden ook het kaakbot verloren is gegaan een ernstige functiestoornis moet opleveren. Volgens de ziektekostenverzekeraar is van het voorgaande bij verzoeker geen sprake.

- 5.2. Implantaten kunnen voorts ten laste van de zorgverzekering worden vergoed bij een ernstig geslonken tandeloze kaak indien de implantaten nodig zijn ter bevestiging van een uitneembare prothese. Hiervoor verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het standpunt 'Aanspraak implantaatgedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep' van 1 maart 2016 van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat bij verzoeker geen sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. Daarbij moet, ook als wel sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak, altijd nog worden nagegaan wat een optimale prothesevoorziening kan doen. Dit betekent volgens de ziektekostenverzekeraar een goede definitieve prothese voor de tandeloze bovenkaak van verzoeker en - zo nodig - ook een goede (gedeeltelijke) prothesevoorziening voor de onderkaak. Dat is op dit moment nog niet het geval.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 15 juni 2023 verklaard dat hij verzoeker niet heeft uitgenodigd voor het spreekuur bij de adviserend tandarts, omdat de informatie in het dossier duidelijk is. Het is de taak van de ziektekostenverzekeraar te toetsen of er een vergoedingsindicatie is op grond van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering. Voor de ziektekostenverzekeraar is op basis van de ontvangen informatie voldoende duidelijk dat bij verzoeker sprake is van een zeer forse bovenkaak en ook dat hij momenteel nog gebruik maakt van een noodprothese.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 2 februari 2024, gericht aan de commissie, naar zijn eerdere brieven verwezen en verder geen inhoudelijke reactie gegeven.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat de voorwaarden van de zorgverzekering zijn bepaald door de wetgever en dat deze door de ziektekostenverzekeraar moeten worden toegepast. Het is geen beleid. Voorts mag van die voorwaarden niet worden afgeweken. Hij deelt mee dat die voorwaarden op de situatie van verzoeker zijn toegepast. De ziektekostenverzekeraar moet toetsen aan de voorwaarden zoals bepaald in de wet. Volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van een ernstig geslonken kaak. Evenmin is sprake van de andere stoornissen en/of aandoeningen genoemd in lid 1 van artikel 2.7 Bzv. De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt dat de tijdelijke prothese nu niet goed zou passen en dat deze verbeterd zou moeten worden. Desnoods zou in de onderkaak ook een prothese moeten komen. De beoordeling van de aanvraag kan meestal goed op papier plaatsvinden. Dan is een spreekuur bij de adviserend tandarts niet noodzakelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij begrijpt dat een spreekuurbezoek voor verzoeker prettig(er) zou zijn geweest, maar dan wordt er ook hoop gegeven. De uitkomst van de beoordeling zou hierdoor echter niet veranderen. Er is sprake geweest van een zorginhoudelijke beoordeling, want er was een adviserend tandarts betrokken bij de beoordeling. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het voorlopig advies van het Zorginstituut bevestigt dat geen sprake is van een ernstig geslonken kaak en dat de andere klachten niet leiden tot een indicatie. Ook heeft het Zorginstituut geen aanleiding gezien tot nader onderzoek.
- De commissie merkt op dat er kennelijk wel een tandprothetische historie is en zij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd of dit de uitkomst van de zaak anders maakt. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop verklaard dat als er nieuwe stukken worden aangeleverd waaruit blijkt dat de prothese niet verder geoptimaliseerd kan worden, de adviserend tandarts nogmaals de aanvraag kan beoordelen.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 mei 2024 opgemerkt dat in de behandelhistorie staat:

"Conclusie: Het grootste probleem van patiënt is het verslikken en niet goed kunnen wegslikken van eigen speeksel sinds uvulopalatoplastiek, welke versterkt zijn door aanwezigheid en retentieproblematiek van bovenprothese. Met een betere retentie van de prothese (en korter palatum) is de verwachting dat de slikklachten verbeteren tot maximaal naar het niveau van de eerder aanwezige eigen dentitie."

Het voorliggende probleem is de problematiek met speeksel en het slikken na een extractie van alle elementen in de bovenkaak en de vervaardiging van de noodprothese na een status van een uvuloplastiek in het kader van osasproblematiek. De kaakgewrichtklachten vormen geen aanspraak op bijzondere tandheelkunde.

De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat een relevante prothetische historie nog steeds ontbreekt, omdat verzoeker de noodprothese draagt en de onderkaak niet is aangevuld ter optimalisatie van de prothesefunctie. Het rebasen van een noodprothese is geen alternatief voor technisch goed uitgevoerde definitieve conventionele prothetiek.

Volgens de ziektekostenverzekeraar kunnen implantaten ervoor zorgen dat de prothese beter vastzit, maar op grond van artikel 2.7 Bzv bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 28 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel. Op de foto van de bovenkaak is te zien dat de kaak van verzoeker niet zeer ernstig geslonken is. Verzoeker voldoet derhalve niet aan de voorwaarden voor vergoeding van implantaten ten behoeve van een uitneembare prothese. Een verslikingsprobleem levert ook geen (verzekerings)indicatie op in de zin van artikel 2.7, lid 1, onder a, van het Bzv."

Voor de volledigheid merkt het Zorginstituut op dat de prothese die verzoeker nu heeft, gemaakt is direct na extractie van de eigen tanden. Normaal slinkt de kaak voornamelijk in hoogte. De prothese zal hierdoor geen goede retentie meer bieden, omdat de aansluiting van de prothese op de kaak is verslechterd. Hierdoor kan de prothese gaan 'zakken' tijdens praten. Voor een betere aansluiting kan de bestaande prothese van een nieuwe binnenlaag worden voorzien (rebasing/ relining) of een nieuwe prothese gemaakt worden."

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat de bovenkaak van verzoeker zeer ernstig geslonken is. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van het aanbrengen van twee implantaten in de bovenkaak ten behoeve van een uitneembare prothese 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 het aanbrengen van twee implantaten in de bovenkaak."

- 6.2. In het definitief advies van 6 juni 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken 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 heeft het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de stelling van verzoeker dat bij hem sprake is van verslikproblematiek en dat dit volgens hem onder artikel 2.7, lid 1, sub a, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) valt. De verslikproblematiek van verzoeker is geen ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, zoals bedoeld in artikel 2.7, lid 1, sub a, van het Bzv. De verslikproblematiek wordt veroorzaakt door een prothese zonder goede retentie. Verder heeft u het Zorginstituut gevraagd of de verwijderde huig van verzoeker een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening kan zijn, zoals bedoeld in artikel 2.7, lid 1, sub b, van het Bzv. Een verwijderde huig is een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening maar in het geval van verzoeker is geen sprake van een ernstige functiestoornis. De (verwijderde) huig heeft geen effect op de functie van het tand-kaakmondstelsel. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van implantaten op grond van artikel 2.7, lid 1, sub b, van het Bzv."

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 A.22 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 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. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoeker voor een oplossing voor de door hem ervaren problematiek. De commissie heeft echter de taak om te beoordelen of de gevraagde behandeling, te weten het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak, in aanmerking komt voor vergoeding op grond van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
De zorgverzekering biedt dekking voor het aanbrengen van implantaten, als bij een verzekerde sprake is van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, leidend tot een ernstig tandheelkundig functieprobleem. Dit is onder andere aan de orde bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. De aan te brengen implantaten moeten in dat geval dienen als steun voor een (volledige) uitneembare prothese. Het voorgaande staat in artikel 2.7, eerste lid, sub a, en tweede lid, Bzv. Artikel B12.1 en B12.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn hierop gebaseerd.
- 8.3. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 28 februari 2024 opgemerkt dat op de foto van de bovenkaak van verzoeker is te zien dat deze kaak niet zeer ernstig is geslonken. Het (ver)slikprobleem vormt geen (verzekerings)indicatie, zoals bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, sub a, van het Bzv. Verzoeker heeft om deze reden geen aanspraak op het aanbrengen van implantaten in de bovenkaak, aldus de conclusie van het Zorginstituut.
In zijn definitief advies van 6 juni 2024 heeft het Zorginstituut toegelicht dat het (ver)slikprobleem geen verzekeringsindicatie, zoals bedoeld in artikel 2.7, lid 1, sub a, van het Bzv, betreft. Ook heeft het Zorginstituut toegelicht dat verzoeker op grond van artikel 2.7, lid 1, sub b, van het Bzv geen aanspraak heeft op de behandeling.

De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en neemt de conclusie hiervan over.

Slotsom

8.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 juni 2024

A.I.M. van Mierlo

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

- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, verpleegkundige (niveau 5), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.10. Logopedie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat logopedie, die een geneeskundig doel heeft en tot verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen leidt. Deze zorg omvat ook de behandeling van stotteren.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - behandelingen met een onderwijskundig doel;
 - behandeling van een taalstoornis en/of articulatieprobleem in verband met dialect en anderstaligheid;
 - dyslexiezorg;
 - stottertherapie volgens de methode Del Ferro, B.O.M.A. of I.N.S. (zie daarvoor artikel D.5.).

Voorwaarden

Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener aan verzekerden vanaf 18 jaar.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, klinisch fysicus audioloog van het audiologisch centrum, of verpleegkundig specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling op een dag nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.11. Diëtetiek

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat diëtetiek met een geneeskundig doel:

- tot een maximum van 3 behandelingen per jaar, of
- 100% als de zorg wordt verleend in de vorm van ketenzorg. Dan moet sprake zijn van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder; of
 - Verhoogd Vasculair Risico (VRM); of
 - chronische longaandoening, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); of
 - Astma.

Deze zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als u deze zorg binnen ketenzorg ontvangt.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek buiten ketenzorg als u al zorg binnen ketenzorg ontvangt van een zorggroep voor dezelfde aandoening. Dat kan alleen als sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een andere, gerichte indicatie;
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieetadviezen in verband met afslanken of sport zonder dat daarvoor een medisch doel is of een medische noodzaak bestaat;
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk ge-

handicapt, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden;

en

- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het tand-
kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder
B.12.1. en uw gebit zonder die tandheekundi-
ge zorg zijn normale functie niet kan houden of
krijgen, die het zonder die aandoening zou
hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-
co.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het
kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op
een tandheekundig implantaat wordt vastge-
maakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg
ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw
Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in
artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings-
of groei-
stoornis van het tand-kaak-mondstelsel
waarbij medebehandeling van andere discipli-
nes dan tandheekundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-
co.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
- Reparatie of vervanging van een beugel door
eigen schuld (codes F811B* en F811C*)

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en
kaakchirurgische behandeling prothetische na-
behandeling noodzakelijk is, moet een multi-
disciplinair behandelplan door alle betrokken
zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats
waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk
advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een
tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, ortho-

dontist of een bevoegde zorgverlener die ver-
bonden is aan een centrum voor mondzorg of
Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
(C.B.T.).

- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een
tandarts of kaakchirurg;
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een
orthodontist of door een Centrum voor Bijzon-
dere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheekundige behan-
deling onder algehele anesthesie of sedatie
wordt deze verleend door een bevoegde zorg-
verlener:
 - in een door Centraal Overleg Bijzondere
Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum
voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - waarmee wij voor deze behandeling af-
spraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheekundige
implantaten, hebt u voor aanvang van de behan-
deling een verwijzing nodig van een tandarts,
orthodontist of tandarts-implantoloog.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is
nodig voor de zorg onder B.12.1.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring zit
een schriftelijke motivering van uw tandarts en
een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze
akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet
opvolgt.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-
dig voor het plaatsen van een tandheekundig
implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een
ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Bij de
aanvraag voor de akkoordverklaring zit een
schriftelijke motivering van uw tandarts of
kaakchirurg en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie
vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen
Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en
kunt u ook bij ons opvragen.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-
dig voor orthodontie in bijzondere gevallen
(B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordver-
klaring zit een schriftelijke motivering van uw
orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor
artikel A.20.

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Mondzorg tot 18 jaar bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12., uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2x per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);
- k. uitneembaar volledig kunstgebit (conventionele gebitsprothese), al dan niet op implantaten, of een gedeeltelijk kunstgebit;
- l. vervangen van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Dit is nodig omdat één of meer van deze blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat deze ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- o. Intake nieuwe patiënt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze of soortgelijke zorg extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- De zorg omvat niet:
 - kronen, bruggen, implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij-

of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd);

- orthodontische hulp en bijbehorende röntgenfoto's, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61) behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - uitwendig bleken van tanden (code E97);
 - slijpen en/of behandelen melkelement (code M05);
 - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
 - eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32);
 - behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*);
 - plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.3).
 - orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code J39).
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent jonger dan 18 jaar.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een tandarts,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor medisch specialistische zorg,
- een bevoegde tandprotheticus (met verwijzing van een tandarts indien sprake is van een volledig kunstgebit op implantaten of een gedeeltelijk kunstgebit).
- het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat

om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code J39.

Zorg van artikel B.13.a t/m f en i (voor zover daartoe bevoegd) kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het gaat om:
 - het vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
 - het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
 - het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code J39. De aanvraag wordt gedaan door het hoofd van het behandelteam met het speciale aanvraagformulier voor deze behandeling.
- Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan.
Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is,
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor deze zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - kaakoperatie (osteotomie);
 - plaatsen van een tandheelkundig implantaat.Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie

vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- U moet een akkoordverklaring van ons hebben voor mondzorg die u krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. omvat de zorg:

- a. Kaakchirurg (medisch specialistische zorg) omvat mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichts-chirurgie en bestaat uit:
 - specialistische chirurgische mondzorg;
 - daarbij behorend röntgenonderzoek;
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
- b. Kunstgebit (uitneembare volledige gebitsprothesen):
dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van:
 - een uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een tijdelijke uitneembare volledige (immediaat-) gebitsprothese; of
 - een uitneembare volledige vervangingsprothese; of
 - een uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen voor de boven- en/of onderkaak;
 - een vergoeding van 90% van de kosten voor reparatie en/of het rebasen van:
 - een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese, al dan niet op tandheelkundige implantaten.
- c. Kunstgebit op implantaten (volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt). Hierbij behoort het in de

mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:

- een vergoeding van 90% voor de overkappingsprothese voor de onderkaak; of
 - een vergoeding van 92% voor de overkappingsprothese voor de bovenkaak.
- d. Kunstgebit op eigen boven- of onderkaak (uitneembare conventionele volledige gebitsprothese) tezamen met kunstgebit op implantaat op de andere kaak (uitneembare volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt), gezamenlijk gedeclareerd door middel van code J50. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit een vergoeding van 83% voor beide kunstgebitten. Voor de bijbehorende mesostructuur is de vergoeding 90% indien deze geplaatst wordt in de onderkaak of 92% indien deze geplaatst wordt in de bovenkaak.
- e. implantaat met kroon voor verzekerden tot en met 22 jaar: vervangen van snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als direct gevolg van een ongeval voor uw 18-jarige leeftijd.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - parodontale chirurgie door een kaakchirurg (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
 - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
 - ongecompliceerde extracties;
 - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel bij apneu;
 - orthodontie die onder de fronttandvervanging valt (zie artikel B.14.e.) als deze nodig is als gevolg van het plaatsen van auto-transplantaten.
- U hebt geen hogere aanspraak dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet:
 - de wettelijke eigen bijdrage van 25% voor

een kunstgebit (volledige prothese), immediaatprothese, vervangingsprothese of overkappingsprothese;

- de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor reparatie en/of rebasen van uw volledige gebitsprothese;
- de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor een overkappingsprothese op een implantaat voor de onderkaak, van 8% voor de overkappingsprothese op een implantaat voor de bovenkaak of van 17% voor een uitneembaar kunst gebit in combinatie met een kunstgebit op implantaten.

In een aanvullende verzekering kan deze zorg wel verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.

Zorgverlener

- De medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. wordt verleend door een kaakchirurg.
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. wordt verleend door:
 - een tandarts of
 - een tandprotheticus of
 - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
- een tandprotheticus als het gaat om:
 - het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten of op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen);
 - het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak (al dan niet op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen).
- De mondzorg met betrekking tot de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt, zoals genoemd in artikel B.14.c., wordt verleend door:
 - een tandarts, of
 - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - een tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen naar een tandprotheticus.
- De mondzorg voor verzekerden tot en met 22 jaar met betrekking tot het vervangen van tan-

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

onderdelen a tot en met c:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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