

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen, mr. M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400890

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam,
  - 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 augustus 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 22 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 oktober 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 23 oktober 2024 haar spreekantekeningen ten behoeve van de hoorzitting gestuurd. Een kopie hiervan is, eveneens op 23 oktober 2024, aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024039097) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 november 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.5. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 28 en 29 november 2024 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Kopieën hiervan zijn op 3 december 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 6 december 2024 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een kopie hiervan is aan verzoekster gezonden.
- 1.7. Bij e-mailbericht van 10 december 2024 heeft verzoekster een toelichting gegeven op de aanvraag. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.9. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 januari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 27 november 2024 aanpassing

behoeft. Bij brief van 10 februari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. De nieuwe informatie over het aantal implantaten maakt deze conclusie niet anders. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Het Centrum Bijzondere Tandheelkunde (hierna: het CBT) heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een machtiging in het kader van bijzondere tandheelkunde ingediend. Verzoekster kan haar huidige klikgebit niet (ver)dragen en daarom is een vaste brug op vier implantaten in de bovenkaak aangevraagd.
- 2.3. Bij brief van 18 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat verzoekster geen indicatie heeft.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd.
- 2.6. Bij brief van 10 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

## 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde vaste brugconstructie op vier implantaten in de bovenkaak te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft de ziekte van Sjögren, met als gevolg een droge mond. Ook is zij bekend met polyfarmacie in combinatie met hyperreflex kokhals, waarbij zij continu misselijk is vanwege maag-darmproblematiek. Hierdoor kan zij haar klikgebit niet (ver)dragen. Om die reden is namens haar een aanvraag gedaan voor een vaste brug op vier implantaten in de bovenkaak. Waarbij eerst een 12-delige proefbrug wordt vervaardigd.
- 3.3. In haar brief van 19 maart 2024 heeft verzoekster verklaard dat zij en de behandelend tandarts al twijfelden of zij een klikgebit - in verband met de misselijkheid - zou kunnen verdragen. Volgens verzoekster had de betrokken kaakchirurg echter meegedeeld dat een klikgebit geen probleem zou opleveren. Verzoekster heeft geprobeerd te wennen aan het klikgebit, maar wordt daarvan alleen misselijker. Zij kan inmiddels niet meer eten en drinken en is al een aantal kilo's afgevallen. Tandenvoetsen lukt amper, omdat zij dan moet overgeven. Het gevolg is dat verzoekster na drie maanden drie gaatjes in haar ondergebit heeft. Zij slikt nu extra maagzuurremmers. Verzoekster heeft verder verklaard dat zij het een grove fout van haar tandarts vindt een klikgebit aan te vragen, terwijl zij dit niet kan (ver)dragen. Zij stelt geen sociaal leven meer te hebben, omdat zij zonder tanden niet naar buiten gaat en ook geen bezoek ontvangt.
- 3.4. Verzoekster heeft in haar brief van 16 juli 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar geen contact heeft opgenomen met haar eigen tandarts, terwijl juist deze haar hele medische dossier kent. Er is volgens haar contact gezocht

met een tandarts waar zij slechts eenmalig is geweest, omdat haar eigen tandarts de aanvraag niet durfde in te dienen. Verzoekster heeft verder gesteld dat zij voldoet aan de voorwaarde van een droge mond en ook - in tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar beweert - aan die van de preventieve zorg voor cariës. Verzoekster heeft hierover verklaard dat zij drie keer per jaar naar de tandarts en mondhygiëniste gaat en een fluorbehandeling krijgt. Verder volgt zij alle instructies voor het onderhoud van haar gebit.

- 3.5. Zij heeft verder verklaard dat haar gezondheidsklachten voor de beoordeling van de aanvraag belangrijk zijn. Verzoekster is geopereerd aan haar darmen, waardoor de misselijkheid nog erger is geworden. Daarnaast heeft zij een ernstig vertraagde spijsvertering, zodat het niet kunnen kauwen nog meer problemen geeft. Verzoekster heeft verder opgemerkt dat zij de behandeling niet zelf kan betalen, omdat zij al 23 jaar chronisch ziek is en een kleine uitkering ontvangt.
- 3.6. In haar e-mailbericht van 18 augustus 2024, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verklaard dat verschillende belangrijke zaken niet in de aanvraag werden vermeld. Ten eerste de diagnose van de tremor (trillen) in beide handen. Hierdoor is het in en uitdoen van het klikgebit een groot probleem. Ten tweede de chronische misselijkheid en de reeds bekende diagnose gastroparese. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 12 september 2024 opgemerkt dat - wat de oplossing ook wordt - er altijd minimaal twee implantaten nodig zijn. Volgens haar gaat zonder deze implantaten geen enkele behandeling helpen. Zij heeft hierbij een verwijzing van 9 november 2023 van de tandarts en een brief van 26 augustus 2024 van de MDL-arts overgelegd. In haar e-mailbericht van 19 september 2024 heeft verzoekster verklaard dat een brug zonder implantaten is aangevraagd en als dit niet voldoende zou zijn er later implantaten bij zouden komen, of eventueel losse bruggen. Dit is volgens haar bij de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk geworden.
- 3.7. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 28 november 2024 verklaard dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut wordt opgemerkt dat de behandeling vier implantaten betreft, maar volgens verzoekster ziet de aanvraag op het aanbrengen van twee implantaten. Tot twee maal toe zijn alle kronen en bruggen in verband met het syndroom van Sjögren vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft verder verklaard al 24 jaar het geneesmiddel Pilocarpine te gebruiken, waarmee speeksel wordt aangemaakt. Het laatste jaar werkt dit middel echter niet voldoende meer. Zij ligt nachten wakker van de droge mond. Volgens verzoekster wordt er makkelijk gesproken over de misselijkheid, maar de situatie is voor haar onhoudbaar. Elke specialist beslist - zonder overleg - wat er moet gebeuren. Een 12-delige brug is volgens haar ook niet de oplossing. Verzoekster vermoedt dat de tandarts inziet een fout te hebben gemaakt door een klikgebit te adviseren, mede op aanraden van de kaakchirurg. Verzoekster is momenteel bedlegerig door de misselijkheid. Zij kan het klikgebit niet (ver)dragen en zonder tanden kan zij niet eten.
- 3.8. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 10 december 2024 opgemerkt dat zij en de tandarts niet eerder vier implantaten hebben aangevraagd. Volgens haar is al meerdere keren doorgegeven dat het twee implantaten betreft. Haar tandarts heeft haar ook meegedeeld dat een 14-delige vaste brug niet de goede oplossing is. Volgens verzoekster zijn twee implantaten erbij en losse bruggen de oplossing.
- 3.9. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij reeds meer dan 20 jaren lijdt aan het syndroom van Sjögren en om die reden bruggen vergoed heeft gekregen. In het Erasmus ziekenhuis is destijds een speekseltest uitgevoerd. De arts werkt daar niet meer en de uitslag van de test is verdwenen. Er kan dus niet bewezen worden dat zij lijdt aan het syndroom van Sjögren. Verzoekster merkt op dat niet is aangevraagd wat zij had verwacht. Volgens haar behandelend tandarts moeten er twee extra implantaten bij en een 14-delige brug. Zij heeft nog één brug voor linksboven. Het zou dus moeten gaan om een aanvraag voor twee implantaten en twee losse bruggen. Volgens verzoekster heeft de tandarts zich laten ompraten door een oncologisch kaakchirurg die een klikgebit adviseerde. Verzoekster heeft het geprobeerd, maar zij kan in verband met de misselijkheid het klikgebit niet in haar mond (ver)dragen. Verzoekster heeft

ook erg last van drie tremors. Hierdoor kan zij haar klikgebit niet in en uit haar mond halen en schoonmaken. Zij is in totaal 11 kg afgevallen en erg verzwakt. Medicatie is door verschillende lichamelijke problemen niet mogelijk. Haar is meegedeeld dat de aangevraagde brug hetzelfde is als het klikgebit dat zij nu heeft. Volgens verzoekster is dat niet het geval, omdat een brug geen verhemelte heeft als deze vastzit op implantaten. Van het verhemelte van het klikgebit is zoveel afgeslepen dat mensen haar slecht kunnen verstaan. Er zit een kier waar lucht doorheen komt. Het verhemelte is ook geslepen, omdat de implantaten te ver naar voren staan. Het slijpen is niet voor de misselijkheid gedaan. Er is helemaal niets goed aan het klikgebit dat zij nu heeft. Er zijn alleen maar hele kleine kiesvlakken aanwezig. Zij kan alleen maar kleine stukjes en zacht voedsel eten, omdat de kiesvlakken niet goed vermalen. Verder heeft zij verklaard dat zij reeds vier implantaten heeft en dat er nog twee aangebracht dienen te worden. Verzoekster heeft haar tandarts gevraagd om een verklaring, maar die krijgt zij niet. Volgens de tandarts zou verzoekster nu ook voor een brug te ziek zijn. Zij merkt op dat de ziektekostenverzekeraar geen contact heeft opgenomen met haar tandarts, terwijl deze op de hoogte is van haar gezondheidssituatie. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft verzoekster verklaard dat het CBT helemaal niet heeft begrepen wat er mis is met het klikgebit. Het is lichamelijk te zwaar voor haar om voor een nieuwe aanvraag weer naar het CBT te gaan. Verzoekster heeft verteld dat het wellicht mogelijk is haar hele bovenkaak te vullen met bruggen en kronen. Die zijn er eerder uitgehaald in verband met het ontstaan van cariës. Tot slot heeft verzoekster verklaard dat zij de 'vaste voorziening' nooit heeft begrepen. Zij dacht dat ze op grond van bijzondere tandheelkunde losse bruggen zou krijgen. Nu is haar duidelijk geworden dat het gaat om een 14-delige brug.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag is afgewezen, omdat verzoekster geen verzekeringsindicatie voor het gevraagde heeft. Hij heeft toegelicht dat de tandarts heeft beoordeeld welke behandeling nodig is. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens op grond van de Zorgverzekeringswet en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepaald of de behandeling ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. In artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering zijn de voorwaarden voor vergoeding van bijzondere tandheelkunde bepaald. Deze staan ook in artikel 33, lid 2.2.1, van de voorwaarden van de zorgverzekering. De situatie van verzoekster voldoet hier niet aan. Op grond van het syndroom van Sjögren kan, conform de Toetsingsrichtlijn 'Hyposialie' aanspraak bestaan op vergoeding van 'Extra Preventieve zorg ter voorkoming van cariës en/of 'Cariësbehandeling met plastische materialen'. Daarbij wordt opgemerkt dat kroon- en brugwerk op natuurlijke elementen in de regel niet wordt vergoed, omdat het cariërisico onveranderd hoog blijft. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden zoals beschreven in de Toetsingsrichtlijn 'Hyposialie'. De aangevraagde vaste constructie (brug) in de bovenkaak betreft echter geen preventieve zorg of cariësbehandeling met plastische materialen. De aanvraag is om die reden afgewezen. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen mogelijk wel onderdelen van de aangevraagde behandeling worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar de brochure 'AV-standaard & AV-Top'.
- 4.2. In zijn brief van 16 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de adviserend tandarts telefonisch contact heeft gehad met de tandarts van verzoekster. Hierbij is duidelijk geworden dat de huidige prothese voldoet aan de gestelde eisen en dat deze prothese al een vrijgeslepen palatum en opgeslepen front heeft. De aangevraagde vaste constructie zal qua grootte en uitvoering vergelijkbaar zijn met het huidige klikgebit. Een vaste constructie zal dan ook geen betere functie geven dan het huidige klikgebit.
- 4.3. In zijn brief van 23 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het gebruikelijk is dat contact wordt opgenomen met degene die de aanvraag heeft ingediend en de behandeling ook gaat uitvoeren. Het heeft geen toegevoegde waarde om contact op te nemen met de eigen tandarts van verzoekster, nu deze de behandeling niet gaat uitvoeren en de aanvraag blijkbaar niet heeft durven indienen. Over de gezondheidsklachten van verzoekster heeft de adviserend

tandarts meegedeeld dat hij geen relatie ziet tussen de spijsverteringsklachten en het klikgebit. Volgens hem kunnen de misselijkheidsklachten voortkomen uit een te lange prothese. Uit het gesprek met de tandarts is echter gebleken dat geen sprake is van een te lange verhemelteplaat. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij ten tijde van de aanvraag niets wist van de tremor in beide handen, zodat hieraan niet is getoetst. De aanvraag is nadien nogmaals beoordeeld, maar opnieuw is vastgesteld dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde behandeling.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 22 oktober 2024, gericht aan de commissie, meegedeeld dat de adviserend tandarts het dossier heeft beoordeeld. De vraag welk deel van het behandelplan voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komt, valt volgens de ziektekostenverzekeraar buiten dit geschil. Om daar antwoord op te kunnen geven heeft de ziektekostenverzekeraar een gespecificeerde begroting met vermelding van de prestatiecodes nodig. Na ontvangst wordt de begroting beoordeeld, zodat kan worden bepaald welk deel voor vergoeding in aanmerking komt. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar nog opgemerkt dat het wisselen van aanvullende verzekering en/of het wijzigen van tandheelkundige behandelingen, die zijn uitgevoerd maar nog niet gedeclareerd, kan zorgen voor een andere vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard te begrijpen dat de uitkomst onbevredigend is voor verzoekster, maar er is volgens hem diverse keren zorgvuldig beoordeeld. Er is contact geweest met de tandarts. Er zijn aanvullende vragen beantwoord en met deze brief is antwoord gegeven op een vraag die strikt genomen buiten het geschil valt. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd in dit verband niets meer te kunnen betekenen voor verzoekster.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 6 december 2024 verklaard dat naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut de adviserend tandarts opmerkt dat het geschil niet ziet op vier implantaten en de vaste brug, maar enkel betrekking heeft op de vaste brug. De implantaten zijn namelijk al eerder aangebracht voor het uitneembare klikgebit. De aanvraag heeft betrekking op 96X X731 (8 uren behandeltime) en € 1.963,- techniekkosten. Uit de aanvraag blijkt dat in deze tijd een vaste brug op vier implantaten wordt vervaardigd. Op de OPG van 20 februari 2023 is te zien dat er reeds vier implantaten in de bovenkaak zijn aangebracht. De aanvraag heeft volgens de ziektekostenverzekeraar geen betrekking op het (bij)plaatsen van implantaten. Hij heeft verder opgemerkt dat in het verleden als bijzondere tandheelkunde vergoede behandelingen in verband met het syndroom van Sjögren, niet betekent dat alle toekomstige behandelingen ook worden vergoed.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het allereerst klinkt als een vreselijke situatie voor verzoekster. Daar is alle begrip voor. De ziektekostenverzekeraar is echter gebonden aan wet- en regelgeving bij het beoordelen van de aanvraag zoals deze voorligt. De aanvraag betreft een vaste brug op vier implantaten. Het CBT heeft de aanvraag gedaan. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de hevige misselijkheid bij verzoekster het probleem is en dat zij daarvoor op zoek is naar een oplossing. Uit het dossier heeft de ziektekostenverzekeraar begrepen dat de misselijkheid wordt veroorzaakt door gastroparese en niet door de prothese. Dan dient de ziektekostenverzekeraar te beoordelen hoeveel een prothese daadwerkelijk zou helpen. De tremors zijn eerder niet beoordeeld, maar inmiddels wel intern besproken. Als de ziektekostenverzekeraar hierover een standpunt moet innemen, zou dit zijn dat de tremors een contra indicatie zijn. Een vaste voorziening moet goed worden onderhouden en, zoals verzoekster zelf al heeft verteld, moet deze ingebracht en uitgehaald kunnen worden. Dit zal dus geen verbetering geven. De adviserend tandarts licht toe dat er overleg is geweest met de tandarts van het CBT. Zij heeft gevraagd of een vaste constructie een verbetering zal geven. Dit kon de tandarts niet bevestigen. Ook de MDL adviserend geneeskundige kon dit niet bevestigen. Tot slot merkt de adviserend tandarts op dat met een vaste constructie het probleem met de te ver naar voren aangebrachte implantaten niet wordt verholpen.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"(...) De behandelend tandarts van verzoekster stelt ter verbetering van het kauwen, door de retentie van de prothese te optimaliseren en de misselijkheid/braakreflex te verminderen, een 12-delige brug op vier implantaten voor.*

*Op dit moment heeft verzoekster een klikgebit, welke in het verleden is vergoed vanuit de basisverzekering in het kader van bijzondere tandheelkundige hulp. Het is op basis van de beschikbare informatie in het dossier onduidelijk welke indicatie dit betrof en of deze indicatie gelet op het maatmanbeginsel verholpen is. Derhalve is beoordeeld of verzoekster op dit moment een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp op grond van artikel 2.7, lid 1, sub b, van het Bzv, los van een eventuele eerdere indicatie.*

*Verzoekster is bekend met continu misselijkheid vanwege maag-darmproblematiek. Ook is ze bekend met tremor (trillen) in beide handen, waardoor het in- en uitdoen van het klikgebit bemoeilijkt wordt. Deze niet-tandheelkundige aandoeningen vormen krachtens artikel 2.7 lid 1, sub b, van het Bzv echter geen indicatie voor vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp, aangezien deze aandoeningen geen invloed hebben op de functie van het gebit van verzoekster. Er kan derhalve niet gesproken worden van een oorzakelijk verband tussen de misselijkheid of tremor en het functioneren van het klikgebit van verzoekster.*

*Naast de genoemde klachten heeft verzoekster het syndroom van Sjögren. Het syndroom van Sjögren leidt onder andere tot een droge mond. Dit kan een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp opleveren krachtens artikel 2.7, lid 1, sub b, van het Bzv. Uit de Toetsingsrichtlijn 'Hyposialie' blijkt dat sprake is van hyposialie als de hoeveelheid en kwaliteit van het speeksel aantoonbaar is verminderd en/of een andere samenstelling heeft. Het dossier bevat echter geen speeksteltest waarin hyposialie bij verzoekster is aangetoond. Voorts volgt uit de Toetsingsrichtlijn dat aannemelijk moet worden gemaakt dat een relatie bestaat tussen hyposialie en de tandheelkundige afwijking en/of functiestoornis. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet inzichtelijk gemaakt wat de relatie is tussen hyposialie en de tandheelkundige afwijking van verzoekster, en waarom het aanbrengen van vier implantaten met daarop een brug noodzakelijk is. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp.*

### Conclusie

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van vier implantaten met daarop een brug komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.*

### Het advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp."*

- 5.2. In het definitief advies van 10 februari 2025 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 d.d. 27 november 2024 te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.*

*Volgens verweerder ziet het geschil niet op vier implantaten en een vaste brug, maar heeft het enkel betrekking op de vaste brug. Verzoekster heeft namelijk al implantaten voor het uitneembare klikgebit. Daarentegen geeft verzoekster aan dat er volgens haar nog twee implantaten geplaatst moeten worden.*

*Het Zorginstituut is in het voorlopig advies uitgegaan van het behandelplan zoals verwoord op het aanvraagformulier: 'vervaardigen vaste brugconstructie bovenkaak op 4 implantaten'. Gelet op het aanvraagformulier en hetgeen verzoekster en verweerder aanvoeren is het onduidelijk of het geschil betrekking heeft op zowel een vaste brug als vier of twee implantaten. Dit maakt voor de conclusie van het voorlopig advies echter niet uit. In eerste instantie beoordeelt het Zorginstituut namelijk of een verzekerde een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Dat heeft verzoekster niet. Derhalve wordt niet toegekomen aan het beoordelen van de omvang van de aanspraak op grond van het maatmanbeginsel."*

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14, derde lid, onderdeel b, van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13, derde lid van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) 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.
- 7.2. De commissie zal voor de beoordeling uitgaan van de ingediende aanvraag van 8 maart 2024. Deze aanvraag betreft een vaste brug op vier implantaten in de bovenkaak in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg. Vast staat dat reeds eerder vier implantaten in de bovenkaak van verzoekster zijn aangebracht ten behoeve van het huidige klikgebit. Verzoekster heeft gesteld dat de aanvraag onjuist is. Aangevraagd had dienen te worden twee extra implantaten waarna een 14-delige brug. Verzoekster heeft deze stelling echter niet aannemelijk kunnen maken. Dat met haar meerdere alternatieven zijn besproken, zoals haar stelling dat de aanvraag ziet op een (tweedelige) brug zonder implantaten of de stelling dat de aanvraag ziet op een brug op twee implantaten, maken dit niet anders. Dat een eerdere tandheelkundige behandeling op grond van bijzondere tandheelkunde is vergoed, leidt niet automatisch tot aanspraak op een volgende behandeling.
- 7.3. De aangevraagde behandeling op grond van bijzondere tandheelkundige zorg is geregeld in artikel 33 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat deze zorg wordt vergoed in de volgende 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 én de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening; of
  - (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft én de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv.

- 7.4. De vraag is of bij verzoekster sprake is van een situatie als bedoeld onder (a). Hierbij geldt dat moet worden gedacht aan oligodontie, schisis of oncologiepatiënten met een gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Dit volgt uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv. Van het voorgaande is in het geval van verzoekster geen sprake, zodat een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel niet aan de orde is. Ook de onder (c) beschreven situatie speelt bij verzoekster niet.
- 7.5. Waar het gaat om het vermelde onder (b) geldt dat hierbij moet worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat bij haar sprake is van chronische misselijkheid/gastroparese en een tremor in de handen, waardoor zij het klikgebit niet kan (ver)dragen.  
De commissie merkt in de eerste plaats op dat beide klachten niet in de aanvraag zijn vermeld, hoewel dit, gelet op het thans door verzoekster ingenomen standpunt, wel in de rede had gelegen. Indien hieraan wordt voorbijgegaan, blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 27 november 2024 dat de chronische misselijkheid/gastroparese en de tremor geen invloed hebben op de functie van het gebit van verzoekster. De commissie onderschrijft dit.
- 7.6. Verzoekster heeft daarnaast aangevoerd dat zij bekend is met het syndroom van Sjögren. Dit leidt tot onder andere een droge mond. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 27 november 2024 opgemerkt dat uit de Toetsingsrichtlijn 'Hyposialie' blijkt dat sprake is van hyposialie als de hoeveelheid en kwaliteit van het speeksel aantoonbaar is verminderd en/of een andere samenstelling heeft. In het geval van verzoekster is niet inzichtelijk gemaakt wat de relatie is tussen hyposialie en de tandheelkundige afwijking en waarom een vast brug op de reeds aanwezige implantaten noodzakelijk is. Dit betekent dat het syndroom van Sjögren in de situatie van verzoekster geen aanleiding is voor het niet kunnen (ver)dragen van het klikgebit, waardoor zij aanspraak zou hebben op de vaste brugconstructie met implantaten. De commissie neemt deze conclusie over.  
Het voorgaande betekent dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde vaste brug in de bovenkaak. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over haar geneesmiddelengebruik, haar mondverzorging, het niet kunnen eten en daardoor afvallen, en het hieruit voortvloeiende sociale isolement, kan niet leiden tot een andere uitkomst. De ingediende aanvraag voor bijzondere tandheelkundige zorg werd door de ziektekostenverzekeraar terecht afgewezen.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.7. De commissie overweegt dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet in geschil is. Echter, de ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 15 april 2024 gesteld dat de behandeling mogelijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden vergoed. In zijn brief van 22 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij nog geen antwoord kan geven op de vraag of verzoekster in aanmerking komt voor een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij heeft daarvoor een gespecificeerde begroting met prestatiecodes nodig heeft. Nu dit geen onderdeel van onderhavig geschil is, laat de commissie een beslissing hierover achterwege.



Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 maart 2025,

L. Ritzema

**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

**LID 5.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

**LID 6 HERSTELZORG IN VERBAND MET COVID-19**

Zie voor meer informatie artikel 19 lid 3 van de polisvoorwaarden.

## Artikel 33 Mondzorg

**LID 1 ALGEMEEN**

Bij mondzorg onderscheiden wij:

- a. mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 2 van dit artikel);
- b. mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 3 van dit artikel).
- c. mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zie lid 4 van dit artikel)

**LID 2 A. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN**

**LID 2.1 BIJZONDERE ORTHODONTIE**

**LID 2.1.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN**

Wij vergoeden orthodontische zorg wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is. Dit omvat doorgaans osteotomie (kaakoperatie) bij de kaakchirurg.

De vergoeding voor behandeling met vacuümgevormde apparatuur (categorie 7) en met brackets aan de linguale en/of palattinale zijde van gebitselementen (categorie 8 en 9) beperkt zich tot maximaal de vergoeding die ontvangen zou zijn indien de behandeling zou hebben plaatsgevonden met behulp van een vaste slotjesbeugel (categorie 5 of 6).

Voor de techniek- en materiaalkosten gelden maximaal te vergoeden bedragen. Deze maximale vergoedingen staan vermeld op onze website.

**LID 2.1.2 VOORWAARDEN**

*Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere orthodontie te vervallen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

*Zorgaanbieder*

Deze zorg kan uitsluitend worden geleverd door een zorgverlener die is opgenomen in het register van Specialisten Dento-Maxillaire Orthopaedie (erkende orthodontisten).

### **LID 2.1.3 UITSLUITINGEN**

Niet vergoed wordt:

- a. het gebruik van multifunctionele apparatuur en de bijbehorende consulten (declaratiecodes: G74/G76);
- b. het documenteren en bespreken van gegevens uit een elektronische chip die is geplaatst in uitneembare apparatuur (declaratiecodes: F611B en F611C).

### **LID 2.1.4 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

*Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

### **LID 2.2 MONDZORG IN BIJZONDERE GEVALLEN**

#### **LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN**

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

- a. een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
- b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
- c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

#### **LID 2.2.2 VOORWAARDEN**

*Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend:

- a. voor bijzondere tandheelkunde. Bij de aanvraag van de machtiging moet een schriftelijke motivering van de tandarts aanwezig zijn, een behandelingsplan met röntgenfoto en een kostenbegroting;
- b. voor behandelingen onder narcose.
- c. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen).

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen een machtiging intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, de mondhygiëne ernstig verwaarloosd wordt en/of u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere tandheelkunde te vervallen. Voor meer informatie over machtigingen, zie artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

### *Eigen bijdrage*

Voor tandheelkundige zorg als bedoeld in lid 2.2.1 van dit artikel betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de afwijking zich niet zou hebben voorgedaan. De extreem angstige verzekerde van 18 jaar of ouder die zijn aanspraken te gelde maakt conform artikel 2.2.1 sub b van dit artikel betaalt een eigen bijdrage.

### *Zorgaanbieder*

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

Behandelingen voor kaakgewrichtsklachten (OPD-B) worden uitsluitend vergoed wanneer deze worden uitgevoerd door een tandarts-gnatholoog of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

## **LID 2.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

## **LID 3 B. MONDZORG SPECIFIEK VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR**

Als aanvulling op de in lid 2 genoemde vergoedingen geldt voor verzekerden tot 18 jaar een uitgebreider vergoedingenpakket.

### **LID 3.1 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN**

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, of vaker indien dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen/gebitsreiniging;
- d. fluorideapplicatie, maximaal twee keer per jaar, bij verzekerden vanaf de leeftijd dat de eerste blijvende gebitselementen zijn doorgebroken, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen (zie ook lid 3.3 sub a van dit artikel);
- e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen, niet zijnde melktanden) (zie ook lid 3.3 sub d van dit artikel);
- f. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische zorg (behandeling van de tandzenuw);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen (vulling);
- j. gnathologische zorg (behandeling van het kaakgewricht) voor zover is voldaan aan de voorwaarden zoals gesteld door de NZa in de geldende tariefbeschikking 'Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg'

- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp (zie ook lid 3.3 sub c van dit artikel).

### **LID 3.2 TANDVERVANGENDE HULP**

Verzekerden jonger dan 23 jaar hebben recht op vergoeding van tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer in zijn geheel ontbrekende blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of tanden het directe gevolg is van een ongeval (zie ook lid 3.3 sub b van dit artikel) en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

### **LID 3.3 VOORWAARDEN**

#### *Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn gevraagd en een machtiging door ons zijn verleend:

- a. voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar, zoals genoemd onder lid 3.1 sub d van dit artikel;
- b. voor een behandeling die valt onder lid 3.2 van dit artikel. De aandoening of het ongeval moet zich hebben voorgedaan vóór het bereiken van de leeftijd van 18 jaar (dus tot en met 17 jaar) en in het behandeldossier zijn vastgelegd. De behandeling dient te zijn afgerond voor het bereiken van de leeftijd van 23 jaar. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de betreffende aanspraak te vervallen. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan;
- c. voor het maken van een orthopantomogram (X21). Dit geldt ook voor de codes X24 (schedelfoto), X25 en X26 (3D-foto). Voor een orthopantomogram en andere foto's ten behoeve van orthodontie is geen machtigingseis van toepassing. Dit betreft de prestatiecodes F152A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A en F162A.
- d. als er meer dan 22 sealings worden aangebracht, gerekend vanaf het moment dat de verzekering is afgesloten;
- e. voor botankers of mini-implantaten;
- f. voor het plaatsen van een autotransplantaat. Vanwege de complexiteit van deze behandeling wordt uitsluitend een machtiging afgegeven aan daartoe gespecialiseerde mondzorgpraktijken.

#### *Zorgaanbieder*

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

### **LID 3.4 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

#### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

## **LID 4 C. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER**

### **LID 4.1 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) DOOR TANDARTS OF TANDPROTHETICUS**

#### **LID 4.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden:

- a. de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig kunstgebit of een volledig noodkunstgebit (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak;
- b. de kosten van de reparatie en/of rebasen (opvullen) van een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.

#### **LID 4.1.2 VOORWAARDEN**

##### *Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn gevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven wanneer:

- a. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit, vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 850,- per onder- of bovenkaak bedragen;
- b. het volledig kunstgebit binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen, met uitzondering van het vervangen van een noodkunstgebit;
- c. wegens technische- of medische redenen noodgedwongen een conventionele gebitsprothese (een kunstgebit) geplaatst moet worden in plaats van implantaten en de behandelaar de daarbij komende extra kosten via de code P044 in rekening wil brengen;
- d. het volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit gemaakt en geplaatst wordt door een zorgaanbieder die is verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

##### *Eigen bijdrage*

- a. Er geldt een eigen bijdrage van 25% de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood)kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.
- b. Er geldt eigen bijdrage van 25% van de kosten wanneer het volledig (nood)kunstgebit wordt vervaardigd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- c. Er geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten (inclusief techniekkosten) voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

#### **LID 4.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

##### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

##### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

#### **LID 4.2 KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)**

##### **LID 4.2.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN**

Wij vergoeden het plaatsen van tandheelkundige implantaten en het plaatsen van de drukknoppen of de staaf en het klikgebit:

- a. wanneer er sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; en
- b. wanneer er sprake is van een zeer ernstig geslonken geheel tandeloze kaak en waarbij de implantaten dienen om een uitneembaar klikgebit te bevestigen.

Wij vergoeden de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een klikgebit.

Wij vergoeden de drukknoppen of de staaf en het klikgebit op implantaten en/of het vervangingsklikgebit.

##### **LID 4.2.2 VOORWAARDEN**

##### *Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn gevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

##### *Vervanging klikgebit*

De vervangingstermijn van een klikgebit is eens in de vijf jaar. Dit houdt in dat er pas recht is op een nieuw klikgebit wanneer het vorige klikgebit vijf jaar oud is. Er moet een machtiging worden aangevraagd als een klikgebit binnen vijf jaar wordt vervangen.

##### *Definitief klikgebit*

Er is pas aanspraak op een klikgebit nadat er eerst een definitief kunstgebit (niet zijnde een aangepast kunstgebit of noodgebit) vervaardigd is.

##### *Uitgesloten van vergoeding*

Niet wordt vergoed:

- Implantaten in een betande kaak;
- Het verwijderen van een eenmaal geplaatst implantaat.

#### *Eigen bijdrage*

Voor een klikgebit op implantaten gelden de volgende eigen bijdragen:

- *Onderkaak*  
10% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten
- *Bovenkaak*  
8% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten
- Het plaatsen van een klikgebit in de onder- of bovenkaak, waarbij er in één kaak een kunstgebit wordt geplaatst en in de andere kaak een implantaat gedragen klikgebit (declaratiecode J080)  
17% van het honorarium en de materiaal- en techniekkosten.
- *Rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit*  
10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

#### *Zorgaanbieder*

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

### **LID 4.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

#### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

#### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

### **LID 4.3 KAAKCHIRURGIE**

#### **LID 4.3.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN**

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie die plegen te bieden, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, eenvoudige extracties en het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permu-cosaal implantaat of botanker). Onder de zorg wordt ook verstaan het verblijf in een ziekenhuis dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.



#### LID 4.3.2 VOORWAARDEN

##### *Machtiging*

De meest gebruikelijke kaakchirurgische behandelingen worden door ons vergoed, maar voor onderstaande behandelingen moet eerst toestemming worden gevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven:

- a. tandheelkundige behandelingen onder narcose;
- b. een kaakoperatie(osteotomie, excisie torus en/of correcties kaakbot);
- c. omslagplooiverdieping of kaakopbouw, sinuslifting en/of kaakverhoging;
- d. het verwijderen van irritatie hyperplasien, flabby ridges, bindweefseltransplantaten, verwijderen exostosen en/of correctie edentate delen;
- e. het verwijderen van een eerder geplaatst implantaat;
- f. een autotransplantaat.

Wanneer het bij een behandeltraject nodig is om meerdere behandelaars in te zetten, wordt voor elk afzonderlijk onderdeel een onderbouwing gegeven door de verantwoordelijke behandelaar. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient met die onderbouwingen en een zorgplan een aanvraag voor toestemming in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

##### *Verwijzing*

Voor behandeling bij de kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts, huisarts of orthodontist nodig.

##### *Zorgaanbieder*

De zorg moet worden verleend door een kaakchirurg.

#### LID 4.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

##### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

## Artikel 34 Farmacie

#### LID 1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

- a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);
- b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 9 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen, zie lid 5 van dit artikel);
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 6 van dit artikel);
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 7 van dit artikel);
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 8 van dit artikel);
- e. dieetpreparaten (zie lid 9 van dit artikel).

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

## Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
  - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
  - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
  - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken 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 tandheeskundig 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 tandheeskundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheeskundige 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 tandheeskundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheeskundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
  - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheeskundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheeskundige 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.