

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, en CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ groep U.A, beide te Tilburg
Zaak	: EU/EER, Italië, mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaatbehandeling, vaste constructie op implantaten
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer	: 202201902
Zittingsdatum	: 5 juli 2023

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V.,
 - 2) OWM CZ groep U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft tijdens een telefoongesprek op 7 maart 2023 verklaard dat zij wenst dat de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) een uitspraak doet. In vervolg hierop is haar op 14 maart 2023 een bevestiging gestuurd. Op 18 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 14 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 april 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 16 mei 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023016133) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 mei 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft op 24 mei 2023 per e-mail verklaringen van de huisarts en de kaakchirurg van MKA Groep te Middelburg aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoekster heeft op 21 juni 2023 per e-mail verzocht om de hoorzitting te verzetten, omdat haar gezondheid is achteruitgegaan en het daarom voor haar een te grote inspanning is om naar Zeist te reizen. De commissie heeft dit verzoek bij brief van 22 juni 2023 afgewezen, omdat de termijn voor het verzetten van de hoorzitting inmiddels was verstreken en verzoekster bovendien de mogelijkheid heeft om telefonisch of via videobellen aan de zitting deel te nemen.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar nogmaals zou overleggen met zijn tandheelkundig adviseur. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2023 geïnformeerd over de uitkomst hiervan. Een kopie van deze brief is op 27 juli 2023 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid heeft gekregen hierop te reageren. Verzoekster heeft hiervan geen gebruik gemaakt.

- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën de nagekomen stukken zijn op 24 augustus 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 mei 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 6 september 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. De commissie heeft het Zorginstituut dezelfde dag schriftelijk gevraagd of het eerste lid van artikel 2.7 Bzv, gezien de stellingen van verzoekster ter zitting, dekking biedt voor het door haar gevraagde. Het Zorginstituut heeft op 5 oktober 2023 in een nader definitief advies deze vraag van de commissie beantwoord. Een kopie van het nadere definitieve advies van 5 oktober 2023 is op 9 oktober 2023 aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gemeenten Extra Uitgebreid en Bijdrage Gemeenten Extra Uitgebreid (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij verzoekster zijn in 2020 twee implantaten in de edentate onderkaak geplaatst, met hierop een uitneembare volledige prothese. Nadat de resterende elementen waren getrokken, is in 2021 ten behoeve van verzoekster een aanvraag gedaan voor een implantaatbehandeling van de bovenkaak, uit te voeren in het Amphia Ziekenhuis. De behandelend kaakchirurg heeft hierin over verzoekster verklaard:

"(....)

Anamnese

Patiënte is volledig edentat in de bovenkaak sinds 1 jaar. In de onderkaak zijn een jaar geleden twee implantaten geplaatst. De klachten bestaan voornamelijk uit dislocatie bij eten, maar ontstaan ook spontaan. De huidige prothese is de 2e prothese en is 5 maanden oud. Diverse aanpassingen van de bovenprothese hebben niet geleid tot verbetering.

Onderzoek

Bij klinisch onderzoek zien wij een edentate maxilla met forse resorptie en vlak palatum. Er is een brede processus alveolaris superior beiderzijds met onvoldoende verticale dimensie voor stabiele prothetiek. De status van de weke delen is verder goed.

Het OPT toont uitgebreide pneumonisatie van de sinus maxillaris beiderzijds.

Er zijn geen aanwijzingen voor achtergebleven wortelresten, danwel andere pathologie.

Conclusie

Er is sprake van retentie- en functionele klachten van de bovenprothese ten gevolge van vergaande resorptie / atrofie van de processus alveolaris superior beiderzijds.

Beleid

Als behandeling wordt gedacht aan een autologe botopbouw middels sinuslift met bone chips van de bovenkaak beiderzijds. Na een inhelingsfase van circa zes maanden zullen zes implantaten in de bovenkaak worden gebruikt.

De tandarts zal zorg dragen voor de suprastructuur. (....)"

Nadat de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 31 mei 2021 en 8 augustus 2021 de aanvraag voor de implantaatbehandeling had goedgekeurd, is - naar aanleiding van een uitgevoerde second opinion in het Radboud UMC te Nijmegen - door de behandelend kaakchirurg gekozen voor AMSJl-implantaten. De ziektekostenverzekeraar heeft, desgevraagd, bij brief van 28 september 2021 een akkoord gegeven voor de behandeling, met deze implantaten, van de bovenkaak.

- 3.3. Verzoekster heeft zich nadien gewend tot de Clinica Odontoiatica Villa S.R.L. (hierna: de kliniek) te Biella, Italië. Daar heeft een volgende second opinion plaatsgevonden en is een CT-scan vervaardigd. Door de kliniek zijn daarnaast offertes d.d. 15 juni 2022 uitgebracht voor een tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van implantaten ter plaatse van de elementen 12, 16, 22, 26, 37 en 47, botopbouw, en een op de implantaten te plaatsen vaste constructie boven en onder.
- 3.4. Op 16 juni 2022 heeft verzoekster de gemaakte kosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Tevens is toen om toestemming verzocht voor de implantaatbehandeling bij de kliniek. Bij brief van 21 juni 2022 wees de ziektekostenverzekeraar dit verzoek af.
- 3.5. Bij brief van 4 juli 2022 heeft de huisarts de ziektekostenverzekeraar gevraagd alsnog toestemming te verlenen voor de behandeling in de kliniek:

"(....)

Graag uw oordeel bij aanhoudende kaakproblemen, bij verschillende kaakchirurgen geweest in Nederland en België; blijft echter veel last houden. Ondertussen door de kaakproblemen een eetstoornis opgelopen, waarbij ook de spiermassa is afgenomen. Heeft sinds 20-06-2020 geen tanden meer en het bot is niet voldoende voor implantaten. Met de huidige prothese is het onmogelijk voor patiënt om meer te eten; dit is te pijnlijk en pat. moet dan overgeven. Zit in een vicieuze cirkel en kan er maar moeilijk uit komen. Wordt steeds zwakker omdat het eten niet lukt. Hypnose/psychische behandeling heeft ook niet het gewenste resultaat opgeleverd als voortraject voor behandeling kaakchirurg. Heeft nu contact gehad met gespecialiseerde kliniek in Italië en die kunnen haar wel helpen. Graag uw beoordeling voor toestemming voor beoordeling in een gespecialiseerde kliniek in Italië. (...)"

- 3.6. Bij brief van 28 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld bij zijn afwijzende beslissing te blijven.
- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 8 augustus 2022 nogmaals benaderd. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft, waarbij hij heeft verwezen naar de SKGZ.
- 3.8. Bij brief van 16 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.9. De huisarts heeft op 11 mei 2023 het volgende over verzoekster verklaard:

"Vanwege aanhoudende problemen van de prothese in de bovenkaak heeft patiënte inmiddels een eetprobleem ontwikkeld. Hierdoor leeft ze alleen nog maar op shakes. Patiënte valt intussen erg af en wordt steeds zwakker in haar gezondheid. Ze heeft reeds meerdere centra aangesproken over haar klachten, maar niemand kan haar een definitieve oplossing bieden, ook omdat ze de vergoeding niet rond krijgt. Zolang het tandprobleem niet wordt opgelost, zal het eetprobleem aanwezig blijven en patiënt verder verzwakken"

- 3.10. De kaakchirurg van MKZ Groep te Middelburg heeft op 19 mei 2023 het volgende over verzoekster verklaard:

"Bij patiënte is in Breda een behandeling met AMSII-implantaten voorgesteld. Hier heb ik geen ervaring mee en kan hier dan ook geen oordeel over geven. De problematiek mbt de eetstoornis zal overigens mijns inziens primair op geen enkele wijze met ingrepen in de mond kunnen worden opgelost, dat lijkt mij meer op internistisch gebied te liggen."

- 3.11. Bij brieven van 6 september 2023 en 5 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar toestemming moet verlenen voor de implantaatbehandeling in de kliniek te Biella, Italië.
- 4.2. In dit verband heeft verzoekster gesteld dat bij haar sprake is van een ernstig geslonken tandeloze boven- en onderkaak. Zij heeft verschillende gebitsprotheses gehad, die meermaals zijn aangepast. Deze protheses kan zij echter niet langer dan vier uur dragen. Oorzaak hiervan is niet zozeer een allergie voor het materiaal als wel de grootte en grofheid van de protheses. In het Amphia Ziekenhuis werd haar vanwege dit acceptatieprobleem hypnosetherapie geadviseerd. Verzoekster heeft dit inmiddels drie keer geprobeerd, maar zonder succes. Ook is zij gezien door een psycholoog en psychiater. Door de gebitsproblemen kan verzoekster niet goed eten en drinken. Zij krijgt van de protheses kokhalsneigingen, wordt misselijk, moet overgeven en heeft last van diarree. In het afgelopen jaar heeft zij alleen gepureerd voedsel en maaltijdvervangers gebruikt. Hierdoor heeft zij een eetstoornis ontwikkeld. Tevens is haar lichaam verzwakt. Zij kampt met MS, pijn aan haar voet, maag- en darmproblemen doordat zij niet kan kauwen, en had een middenrifbreuk. Vanwege haar lichamelijke toestand moest een hallux valgus hersteloperatie worden uitgesteld.
- De behandeling die in het Amphia Ziekenhuis aan de bovenkaak zou worden uitgevoerd, werd verzoekster bij second opinions in Zierikzee en Brussel ontraden. In Italië werd haar verteld dat een dergelijke behandeling al tien jaar niet meer wordt uitgevoerd met het oog op de grote complicaties die erbij optraden. Verzoekster heeft toegelicht dat bij de behandeling in de kliniek te Biella nieuw, gezuiverd bot wordt gebruikt, en dat de gebitsprotheses op een vaste constructie komen, waardoor het net is als een eigen gebit. Volgens verzoekster hebben haar klachten geleid tot een isolement. Zij hoopt na de behandeling haar normale leven weer te kunnen oppakken.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat bij de behandeling in Biella gezuiverd, dierlijk bot wordt gebruikt voor de botopbouw. Bij de behandeling in Nederland zou bot uit haar heup worden gebruikt. Dit laatste is echter niet mogelijk, vanwege de MS die zij heeft. In de onderkaak heeft verzoekster een uitneembare prothese op twee implantaten. Deze prothese doet pijn en zij wordt er misselijk van. Daarnaast gaat de prothese makkelijk los. Verder heeft verzoekster benadrukt dat zij geen uitneembare protheses verdraagt. Zij heeft door dit alles een afkeer van voedsel (kortom: een eetstoornis) ontwikkeld. Ook is zij ondervoed en verzwakt. Als dit niet wordt opgelost, gaat zij eraan onderdoor.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar de voorwaarden van de zorgverzekering, verklaard dat een implantaatbehandeling in twee situaties kan worden vergoed. De eerste is die waarin sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak en waarbij de implantaten dienen als steun voor een uitneembare overkappingsprothese. De ingediende aanvraag betreft een vaste constructie op implantaten, en dit is geen verzekerde zorg. Volgens de ziektekostenverzekeraar is van een kunsttharsallergie niet gebleken, en zou een zodanige allergie daarbij geen verzekeringsindicatie vormen voor een vaste constructie op implantaten, zoals aangevraagd. Er kan in dat geval een overkappingsprothese worden vervaardigd van hypoallergeen materiaal.
- Voorts is vergoeding mogelijk in de uitzonderlijke situatie van een ernstige functiestoornis. Uit de bindende adviezen van de commissie blijkt dat hierbij moet worden gedacht aan een

functiestoornis als gevolg van oligodontie, schisis of een trauma waarbij naast kiezen of tanden een deel van het kaakbot verloren is gegaan. Bij verzoekster is dit niet aan de orde. Verzoekster heeft een ernstig geslonken tandeloze bovenkaak, en om die reden heeft zij een akkoordverklaring ontvangen voor een implantaatbehandeling, uit te voeren in het Amphia Ziekenhuis. Het plaatsen van AMSJL implantaten is een erg risicovolle en zeer kostbare behandeling. Na ingewonnen advies is bij zeer hoge uitzondering een akkoordverklaring gegeven voor deze behandeling in Nederland, bij een erkende zorgverlener. Een spreekuurbezoek heeft in dit geval geen toegevoegde waarde, omdat de situatie duidelijk is.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het aanbrengen van implantaten ten behoeve van een vaste constructie geen verzekerde prestatie is. Dit is bevestigd door het Zorginstituut. Bij dit dossier zijn een autoriteit op het gebied van implantaten en de tandarts van het CBT te Breda betrokken geweest. Er is botopbouw geadviseerd, en daarna het aanbrengen van zes implantaten met daarop een prothese. In verband met de MS is gekozen voor AMSJL-implantaten. De adviserend tandarts heeft zijn zorgen geuit over het voorstel voor de behandeling in Biella. Bij implantaten bestaat altijd de kans op een ontsteking. De ziektekostenverzekeraar geeft bijna nooit akkoord voor AMSJL-implantaten, omdat deze veel duurder zijn. In verband met de bijzondere situatie van verzoekster is hiervoor wél toestemming gegeven. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat hij, gelet op de bijzondere omstandigheden, de kwestie nogmaals zal overleggen met zijn adviserend tandarts.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2023 geïnformeerd over de uitkomst van het overleg met zijn adviserend tandarts. Verzoekster heeft destijds een akkoordverklaring gekregen voor botopbouw en zes Zygoma implantaten in de bovenkaak ten behoeve van een uitneembare prothese. Vervolgens is het bericht ontvangen dat het voor verzoekster beter zou zijn om, gelet op haar medische indicatie, geen heel uitgebreide chirurgie te ondergaan. AMSJL implantaten zouden daarom de voorkeur hebben. Deze implantaten worden echter niet als verzekerde zorg aangemerkt en zouden dus niet kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Daarnaast zijn deze implantaten zeer kostbaar en eventueel optredende complicaties kunnen inderdaad ernstige gevolgen hebben. Gezien de omstandigheden van verzoekster heeft een multidisciplinair overleg plaatsgevonden tussen de kaakchirurg van het Amphia ziekenhuis, een autoriteit op het gebied van implantaten van het Radboud, de tandarts van het CBT te Breda, en de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. Na dit overleg is door de adviserend tandarts besloten de gevraagde zorg uit coulance toch te vergoeden. Hiervoor is gekozen om de volgende redenen:
*"1. de kwaliteit is gedekt door de specifieke expertise van dit team;
2. bij complicaties kan [verzoekster] direct terecht bij de zorgverleners die bij dit team en traject betrokken zijn;
3. de kosten zijn onder controle, de kaakchirurgische behandeling wordt goedgekeurd met de daartoe gepaste prestatiecodes kaakchirurgie en de vervolgzorg, de prothetiek, te weten een uitneembare overkappingsprothese, wordt vanuit de basisverzekering vergoed."*
Verzoekster heeft daarna een aanvraag ingediend voor een behandeling in Italië, waarbij een vaste constructie op implantaten worden geplaatst. Er wordt in Italië een onder- en bovenconstructie van € 10.000,- per kaak vervaardigd. De adviserend tandarts geeft aan dat dit onnodig kostbaar is. De kaakchirurg in Italië gaat daarbij ook twee implantaten in de onderkaak bijplaatsen voor een vaste constructie. Hiervoor is geen indicatie gebleken, niet voor de extra implantaten en ook niet voor de vaste constructie.
Een eetstoornis wordt niet veroorzaakt door een kunstgebit. Dit betreft een psychisch probleem. Een eetstoornis maakt dus niet dat een vaste constructie is aangewezen.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 16 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Juridisch kader

Tandheelkundige zorg voor volwassenen maakt geen deel uit van de basisverzekering. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. Hierbij moet gedacht worden aan schisis of in ernst daarmee vergelijkbare aandoeningen. Hieronder is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Er dient dan sprake te zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging te zijn van een uitneembare prothese.

Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Het plaatsen van implantaten ten behoeve van een vaste prothese is geen verzekerde zorg. Vanuit de basisverzekering is alleen vergoeding mogelijk van implantaten die dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de implantaatbehandeling ten laste van de basisverzekering. De implantaten dienen namelijk niet ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het plaatsen van implantaten ten behoeve van een vaste prothese komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 6 september 2023 heeft het Zorginstituut meegedeeld dat uit het verslag en de aanvullende stukken geen feiten of omstandigheden naar voren komen die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. Het voorlopig advies kan als definitief worden beschouwd.

- 6.3. In het nader definitief advies van 5 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Verzoekster heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze (edentate) bovenkaak en heeft een aanvraag gedaan voor implantaten ten behoeve van een vaste prothese. Het tweede lid van art. 2.7 van het Bzv ziet op de situatie dat sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Een verzekerde heeft in dit geval enkel recht op vergoeding van implantaten ten behoeve van een uitneembare prothese. Uit de wettekst leidt het Zorginstituut af dat vergoeding van implantaten ten behoeve van een vaste prothese, in het geval van een ernstig geslonken tandeloze kaak, niet valt onder art. 2.7, lid 1, onder a van het Bzv. Lid 2 van het artikel ziet namelijk op de situatie van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en voorziet slechts in een uitneembare prothese.

Voor aanspraak op mondzorg op grond van artikel 2.7, lid 1, onder b, van het Bzv dient sprake te zijn van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Zonder de mondzorg kan de verzekerde geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke de verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Verzoekster stelt dat bij haar sprake is van een eetstoornis, welke naar eigen zeggen niet is bevestigd door een psychiater. Zij eet sinds 3 jaar alleen vloeibaar en gepureerd voedsel waardoor zij misselijk werd en een afkeer van eten heeft gekregen. Momenteel leeft verzoekster 9 maanden op alleen smoothies.

Verzoekster stelt dat zij een afkeer heeft van de uitneembare prothese, waarvoor ze bij verschillende zorgverleners is geweest. Dit loste het probleem echter niet op. De huisarts geeft in de brief d.d. 11 mei 2023 aan dat verzoekster een eetprobleem heeft.

Gelet op wat verzoekster aangeeft lijkt de situatie in de mond van verzoekster haar eetprobleem te veroorzaken. Artikel 2.7, lid 1, onder b, van het Bzv ziet echter op de situatie dat een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening de tandheelkundige functie aantast (oorzaak-gevolg relatie). Op grond van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut niet vaststellen dat bij verzoekster sprake is van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en zij zonder de gevraagde zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Voor de volledigheid merkt het Zorginstituut op dat de situatie zoals omschreven in artikel 2.7, lid 1, onder c van het Bzv niet aan de orde is in dit geschil."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 A.22.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede die uit Verordening (EG) nr. 883/2004 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 geconstateerd en van verzoekster gehoord dat zij zich in een moeilijke situatie bevindt. De commissie begrijpt dat verzoekster de behandeling wil ondergaan waarvan zij denkt dat die voor haar de beste oplossing is. De commissie is bij de beoordeling van het geschil echter gebonden aan zowel de polisvoorwaarden als de geldende wet- en regelgeving. Zij zal dus hieraan moeten toetsen.

Zorgverzekering

- 8.3. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Italië - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig om toestemming gevraagd en deze heeft op de aanvraag afwijzend beslist. Met de verordening is geen uitbreiding van de verzekerde prestaties beoogd. Waar het gaat om het antwoord op de vraag of de onderhavige behandeling behoort tot het verzekerde pakket in

Nederland en zo ja, of verzoekster hierop redelijkerwijs is aangewezen, overweegt de commissie als volgt.

- 8.4. In artikel B.12.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op implantaten geregeld. Deze bepaling, die is gebaseerd op artikel 2.7, eerste en tweede lid, Bzv, luidt als volgt:

"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, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad."*

De implantaatgedragen uitneembare volledige prothese (inclusief het vaste gedeelte van de suprastructuur) is geregeld in artikel B.1.4, onder c, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is in overeenstemming met artikel 2.7, vijfde lid, onder b, Bzv.

- 8.5. Uit de eerder door de ziektekostenverzekeraar afgegeven akkoordverklaringen voor de onder- en bovenkaak blijkt dat verzoekster aanspraak heeft op implantaten als steun voor een uitneembare prothese. Bij de aangevraagde behandeling in de kliniek in Biella, Italië, dienen de implantaten echter niet als steun voor een uitneembare volledige prothese, maar als steun voor een vaste constructie. Daarmee is niet voldaan aan het gestelde in artikel B.12.2., onder de eerste bullet, en betreft het hier - gelet op artikel 2.7, tweede lid, Bzv - geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering.
- 8.6. Waar het gaat om artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv heeft het Zorginstituut opgemerkt dat ook in dit verband implantaten als steun voor een vaste constructie niet onder de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering vallen. De commissie voegt hier aan toe dat gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, leidend tot een ernstig functieprobleem. Een eventuele kunsttharsallergie valt hier niet onder, en zo deze al aan de orde is, kan een overkappingsprothese worden vervaardigd van hypoallergeen materiaal. Daarom is ook niet voldaan aan het gestelde in artikel B.12.2., onder de tweede bullet.
- 8.7. Verzoekster heeft ter zitting benadrukt dat zij door de problemen met haar gebit een eetstoornis heeft ontwikkeld. In artikel 2.7, eerste lid, onder b Bzv is bepaald dat aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Deze bepaling is opgenomen in artikel B.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De door verzoekster gestelde eetstoornis is echter geen niet-tandheelkundige geestelijke aandoening die haar tandheelkundige functie heeft aangetast (oorzaak-gevolg). Verzoekster heeft immers zelf verklaard dat zij de eetstoornis heeft ontwikkeld als gevolg van de situatie rond haar gebit. Daarom is ook niet voldaan aan de voorwaarden van artikel B.12.1. Het gestelde in artikel 2.7, eerste lid, onder c, Bzv is bij verzoekster niet aan de orde en kan daarom verder onbesproken blijven.
- 8.8. Hetgeen verzoekster naar voren heeft gebracht over de voordelen van een vaste constructie op implantaten, haar huidige lichamelijke toestand, de nadelen van de AMSJI-implantaten, en het sociale isolement waarin zij is komen te verkeren, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 8.9. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op het gevraagde ten laste van de zorgverzekering, en dat de toestemming op grond van de verordening terecht door de ziektekostenverzekeraar werd geweigerd.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.10. In artikel D.8.3., onder c, van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat dekking bestaat voor implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En voor de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed. Hierbij betreft het de tandheelkundige prestaties en de materiaal- en techniekkosten tot een bedrag van € 570,- per kalenderjaar. Partijen zijn hierover niet verdeeld.

Slotsom

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 december 2023,

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

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, vijftientig 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.

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.

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-

handicapten, 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 onvolgende 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 tandheelkundi-
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 tandheelkundig 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 groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel
waarbij medebehandeling van andere discipli-
nes dan tandheelkundige 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 tandheelkundige 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 tandheelkundige
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 tandheelkundig
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.

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 aangezichtschirurgie 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-

den en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:

- o een tandarts, of;
- o een kaakchirurg als het gaat om het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een tandarts, orthodontist of huisarts als u mondzorg nodig hebt van een kaakchirurg of een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- het gaat om deze zorg door een kaakchirurg:
 - o behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - o het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - o een kaakoperatie (osteotomie).

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.

- het gaat om verzekeren tot en met 22 jaar voor het vervangen van tanden (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 gevolg van een ongeval vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:
 - o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
 - o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke volledige gebitsprothese en de uitbreiding gedeeltelijke gebitsprothese van kunstthars of frame gebitsprothese met element(en) tot volledige gebitsprothese.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Tarieven

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

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

(zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2)

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursmedicijn kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

Waar wij het begrip "geneesmiddel(en) of medicatie" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

Zorgverlener

Een tandarts verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.3. Kunstgebit en implantaten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- a. kunstgebit (uitneembare, gedeeltelijke gebitsprothesen);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), niet geplaatst op implantaten;
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), geplaatst op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem);
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van de verschillende vergoedingsvormen die zijn beschreven in artikel D.8.2. onder 'Zorg: waar bent u voor verzekerd'.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen delen van deze, of soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.12.2., B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

- Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.
- Een kaakchirurg, verbonden aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten hebben.

Verwijzing van een tandarts is ook nodig als de implantologische zorg geleverd wordt door een kaakchirurg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.4. Overige mondzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg, voor zover die zorg niet is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.