



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ voor de Zorg N.V. te Arnhem
Zaak : Egypte, mondzorg, spoedeisende zorg, hoogte vergoeding, onduidelijke website
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018
Zaaknummer : 201901817
Zittingsdatum : 18 november 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

VGZ voor de Zorg N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 16 mei 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 augustus 2020 aan verzoekster gezonden, met de vraag of het geschil hiermee is opgelost. Verzoekster heeft op 10 september 2020 per brief verklaard dat het geschil nog niet is opgelost.
- 2.3. Op 6 oktober 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020039690) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 7 oktober 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 28 september 2020 respectievelijk 5 oktober 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 1 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster verbleef van 22 juni 2018 tot en met 7 juli 2018 in Egypte in verband met een vakantie. Op 27 juni 2018 kreeg zij erge pijn in haar mond. Op 1 juli 2018 was de pijn doorgetrokken naar haar oog en oor, waardoor slapen nagenoeg onmogelijk werd en ook eten een probleem was. Via het hotel heeft zij contact gezocht met een (weekend)arts, die haar adviseerde naar het AMC aseel medical care hospital in Hurghada te gaan. Dezelfde dag heeft verzoekster contact gezocht met de Alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Daarna heeft verzoekster zich tot het ziekenhuis gewend, en is zij dezelfde dag nog behandeld door een medisch specialist. Aangezien deze het probleem nog niet goed had kunnen verhelpen werd een vervolgspraak gemaakt. Op 5 juli 2018 bezocht verzoekster de specialist in het ziekenhuis opnieuw. Omdat het abces te groot was en de ontsteking teveel aanwezig, is er die dag alleen een drainage aangelegd. Verzoekster kreeg een verwijzing mee voor een verdere behandeling in Nederland. Zij heeft zelf de rekening van € 764,94 voorgesloten en deze nadien gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

-  3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat zij een vergoeding ontvangt van € 372,40, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
-  3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 5 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster het aanbod gedaan een aanvullende vergoeding te verlenen van € 369,59.
-  3.5. Op 26 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief meegedeeld aan verzoekster een aanvullende vergoeding te verlenen van € 714,94.
-  3.6. Op 10 september 2020 heeft verzoekster per brief meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Zij heeft nog steeds geen antwoord gekregen op de vraag of het ging om spoedeisende of niet-spoedeisende zorg, en er blijft nog een bedrag voor haar rekening van € 161,24.
-  3.7. Op 6 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:


“(...) Het gaat hier om tandheelkundige behandeling bij een volwassen verzekerde. 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. Daarvan is bij verzoekster geen sprake.

De ondergane diagnostiek, röntgenonderzoek, wortelkanaalbehandeling en vullingen kunnen dus niet vanuit de basisverzekering worden vergoed. (...)”


4. Geschil

-  4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling in Egypte en de tandheelkundige vervolgbehandelingen in Nederland volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
-  4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.


5. Bevoegdheid van de commissie

-  5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunten partijen

-  6.2. Naar aanleiding van haar melding heeft de ANWB Alarmcentrale verzoekster meegedeeld dat het hier spoedeisende zorg betrof, en dat zij toestemming kreeg zich te wenden tot het ziekenhuis in Hurghada. Verzoekster werd in dit ziekenhuis behandeld door een medisch specialist.

- 6.3. Na terugkeer in Nederland heeft verzoekster contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker deelde haar mee dat het hier spoed betrof, en dat deze zorg onder de zorgverzekering valt. Ook zou de vergoeding niet ten koste gaan van het tandartsbudget van de aanvullende ziektekostenverzekering. Na declaratie van de kosten volgde echter een vergoeding van slechts € 250,-. Verzoekster heeft wederom telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Deze keer werd haar verteld dat zij de klachten had kunnen onderdrukken met medicijnen, zodat het geen spoed betrof. Later werd de vergoeding verhoogd naar € 450,-, onder aftrek van een eerdere vergoeding voor tandheelkundige zorg.
- 6.4. Verzoekster is van mening dat de informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland onduidelijk is. Volgens de website gaat het bij spoedeisende zorg immers om zorg die niet te voorzien was bij vertrek en die niet is uit te stellen tot terugkeer naar Nederland. Dit was bij verzoekster aan de orde. Het onderdrukken van de klachten met medicatie was voor verzoekster geen optie. Zij geeft borstvoeding en kan daardoor niet zomaar alle medicatie innemen. Bovendien betreft de behandeling geen reguliere tandheelkunde, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt. Verzoekster heeft zich immers gewend tot een specialist in een ziekenhuis, wat vergelijkbaar is met een kaakchirurg in Nederland. Verzoekster is daarom van mening dat zij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten die zij heeft gemaakt in Egypte. Ook vindt zij dat met deze vergoeding haar tandartsbudget niet hoeft te worden aangesproken, zodat zij ook aanspraak heeft op een vergoeding tot € 450,- voor de tandartskosten die zij naderhand in Nederland nog heeft moeten maken.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster in Egypte een wortelkanaalbehandeling heeft ondergaan. Dit betreft reguliere tandheelkundige zorg, die niet is gedekt onder de zorgverzekering. Daarom is een vergoeding verleend ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster had uit het budget van de tandverzekering van € 450,- al een bedrag van € 77,60 ontvangen. Daarom resteerde een vergoeding van € 372,40. De nota's van de zorg in Egypte hadden een totaalbedrag van € 764,94. De zorgkosten in Nederland bedroegen € 350,47. Dit is bij elkaar opgeteld een bedrag van € 1.115,41.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster het aanbod gedaan coulantehalve een extra bedrag van € 369,59 te vergoeden. Dit bedrag is als volgt opgebouwd. Van het bedrag van € 1.115,41 ziet € 50,- op de kosten van vervoer, die niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het resterende budget uit de aanvullende ziektekostenverzekering is € 372,40. Verder stond nog een bedrag open aan verplicht eigen risico van € 323,42, dat is verrekend. Het restant van € 369,59 is aan verzoekster aangeboden als aanvullende vergoeding. Achteraf bleek dat het verplicht eigen risico hier niet van toepassing is, omdat er geen aanspraak is vanuit de zorgverzekering. Een hogere vergoeding dan € 450,- voor alle mondzorg samen is niet mogelijk, en daarom vond de ziektekostenverzekeraar dat geen aanspraak bestond op een hogere vergoeding dan € 372,40 (€ 450,- minus € 77,60). Later heeft hij de vergoeding coulantehalve verhoogd met € 714,94.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar is verder van oordeel dat noch uit zijn telefoonregistratie noch uit de contactregistratie van de ANWB Alarmcentrale blijkt dat aan verzoekster de toezegging is gedaan dat zij volledige vergoeding van kosten zou ontvangen. Er is alleen afgesproken dat verzoekster de kosten zou voorschieten en de nota bij de ziektekostenverzekeraar zou declareren. De ANWB Alarmcentrale heeft aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld goed te weten dat de door verzoekster ondergane zorg niet valt onder de dekking van de zorgverzekering.
- 6.8. Voor zover verzoekster stelt dat de informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar onduidelijk is, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor een aanvulling op de vergoeding voor spoedeisende zorg vanuit de zorgverzekering. Als er geen vergoeding mogelijk is vanuit de zorgverzekering, bestaat ook geen aanspraak op een aanvullende vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De website en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn hierover duidelijk.

Zorgverzekering

- 6.9. Tussen Nederland en Egypte bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering. Daarom zijn de voorwaarden van de zorgverzekering leidend voor de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding.
- 6.10. In artikel 30 van de zorgverzekering is geregeld dat voor verzekerden ouder dan 18 jaar alleen aanspraak bestaat op mondzorg in bijzondere gevallen. Het moet dan gaan om een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening waarbij tandheelkundige zorg noodzakelijk is of een medische behandeling die zonder de bijzondere tandheelkundige behandeling aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. In alle gevallen moet de tandheelkundige zorg noodzakelijk zijn om een tandheelkundige functie te kunnen behouden of verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan als de aandoening zich niet had voorgedaan. Gesteld noch gebleken is dat één van deze bijzondere situaties bij verzoekster aan de orde is.
- Voorts bestaat op grond van artikel 31 van de zorgverzekering aanspraak op behandeling door een kaakchirurg. De commissie begrijpt de stelling van verzoekster aldus dat de specialist die haar in Egypte in het ziekenhuis heeft behandeld is gelijk te stellen aan een kaakchirurg. De commissie overweegt dat die vergelijking niet zonder meer is te maken. Anders dan binnen de EU is geen sprake van wederzijdse erkenning van opleidingen en diploma's. Daarnaast behoort de uitgevoerde behandeling – een wortelkanaalbehandeling - naar zijn aard tot de reguliere tandheelkunde, zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 6 oktober 2020. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de in Egypte gemaakte kosten van tandheelkundige zorg, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.11. In artikel 28 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, tot een maximum van € 450,- per kalenderjaar. Deze vergoeding is aan verzoekster verleend, zodat hierover geen discussie bestaat.
- 6.12. In artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op een aanvullende vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die de verzekerde vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer worden alleen vergoed als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. Recht op vergoeding bestaat als het gaat om spoedeisende zorg. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij opname in een ziekenhuis moet de ANWB Alarmcentrale worden ingeschakeld. Deze alarmcentrale is in de voorwaarden omschreven als de 'VGZ voor de Zorg Alarmcentrale'.
- 6.13. Zoals onder 6.10 is overwogen, betreft de zorg die verzoekster in Egypte heeft ondergaan - een wortelkanaalbehandeling – reguliere tandheelkunde, waarvan de kosten niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Het is begrijpelijk dat verzoekster zich tijdens haar vakantie heeft laten behandelen en dat zij deze zorg niet heeft uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Dit maakt echter niet dat aanspraak bestaat op een vergoeding op basis van artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Leidend voor deze vraag is of aanspraak bestaat op een (gedeeltelijke) vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Als het antwoord daarop ontkennend luidt, zoals in dit geval, is niet van belang of sprake was van een spoedeisende situatie. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op een aanvullende vergoeding, ten laste van artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat, uitgaande van de verzekeringsvoorwaarden, de vergoeding van € 372,40 voor de behandeling in Egypte – rekening houdend met de reeds vergoede kosten van € 77,60 – correct werd vastgesteld. Vervolgens komt de vraag aan de orde of in afwijking hiervan een toezegging is gedaan.

(Telefonische) toezegging

- 6.14. Door verzoekster is aangevoerd dat haar door de ANWB Alarmcentrale is gezegd dat het ging om spoedeisende zorg en dat zij zich kon wenden tot het ziekenhuis in Hurghada. Door de ANWB Alarmcentrale is meegedeeld dat geen notitie meer voorhanden is van het in 2018 gevoerde gesprek. Niet te achterhalen is daarom wat door verzoekster is gevraagd en wat hierop is geantwoord. Door de ANWB Alarmcentrale is slechts de aantekening gemaakt dat verzoekster de nota zou voorschieten en dat zij deze kon indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Hieruit volgt echter niet dat door de ANWB Alarmcentrale is gezegd dat het spoedeisende zorg betrof, die valt onder artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een en ander kan daarom niet leiden tot een andere uitkomst.
- 6.15. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat zij met de ziektekostenverzekeraar heeft gebeld, en dat haar door een medewerker is meegedeeld dat het ging om spoedeisende zorg, waarbij haar tandartsbudget van maximaal € 450,- niet zou worden aangesproken. Zij heeft deze stelling echter niet met bewijsstukken onderbouwd, zodat deze wordt verworpen.
- 6.16. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de toezegging heeft gedaan dat coulanchehalve een aanvullende vergoeding wordt verleend van € 369,59. Daarbij is door hem ervan uitgegaan dat het verplicht eigen risico van toepassing zou zijn. Later is de ziektekostenverzekeraar hierop teruggekomen, en heeft hij gesteld dat de vergoeding – ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering - nooit meer kan bedragen dan € 450,-. Op 26 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar echter bij brief meegedeeld dat een aanvullende vergoeding wordt verleend van € 714,94. De commissie begrijpt dat dit het bedrag van de nota uit Egypte betreft (€ 764,94) minus de kosten van het vervoer (€ 50,-) en zal in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar verder niet treden.
- 6.17. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 november 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 30. Bijzondere tandheelkunde

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheerkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheerkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheerkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheerkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

30.1. Tandheerkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;
2. als u een niet-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheerkundige noodzakelijk is.

Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheerkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheerkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

1. Tandheerkundige zorg in bijzondere gevallen:
tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.
2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:
een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Orthodontische Vereniging (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemelsespleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in een:

1. tandartspraktijk;
2. ziekenhuis;
3. centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Hebt u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
 - het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
 - het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
 - bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

30.2. Tandheelkundige implantaten

Omschrijving

U hebt recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt;
2. als u een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 32.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in een:

1. tandartspraktijk;
2. ziekenhuis;
3. centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Hebt u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
 - het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
 - het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
 - bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 31. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties. Bij ongecompliceerde extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor kaakosteotomie (een operatie waarbij één of beide kaken worden gecorrigeerd) hebt u vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

Voor orthodontische zorg in bijzondere gevallen, zie artikel 30.1, Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen.

Artikel 32. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de mesostructuur). U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese voor de onderkaak;
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese op de bovenkaak;
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese;
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Eigen bijdrage (gebits)prothese

U hebt recht op een (gebits)prothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage.

De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt, zie artikel 30.2.

Let op

Naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus. De tandprotheticus mag de gebitsprothese op implantaten alleen onder de medische verantwoordelijkheid van een tandarts of tandarts-implantoloog leveren. Uw tandarts of tandarts-implantoloog brengt in dat geval de kosten in rekening.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 675 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen;
 - b. als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen;
2. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. een gebitsprothese op implantaten;
 - b. het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten;
 - c. een steg of drukknopen (mesostructuur).

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

BUITENLAND

Artikel 4. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit uw zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U hebt recht op vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling moet u de VGZ voor de Zorg Alarmcentrale inschakelen. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website. Zonder inschakeling van de VGZ voor de Zorg Alarmcentrale hebt u voor een opname in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling geen recht op vergoeding. Onder ziekenhuisopname verstaan wij een behandeling van één of meer nachten in een ziekenhuis/instelling.

Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig op basis van werelddekking

Artikel 5. Repatriëring

Omschrijving

Uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen

VGZ voor de Zorg Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website.

Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig op basis van werelddekking

Bijzonderheden

De VGZ voor de Zorg Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

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

Zichtdatum 29-04-2020

Geldig van 30-03-2019 t/m 25-06-2019

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 het Interimbesluit forensische zorg.
- 5 In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
- 6 De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische

voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftientwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.