

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa, en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400954

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 29 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 oktober 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 12 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024044170) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 januari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 februari 2025 gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 februari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 9 januari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 20 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Dit advies is op dezelfde dag aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen drie weken te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid en OHRA Gezond (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 2.2. Bij verzoekster zijn de elementen 13 en 23 niet aangelegd. Bij haar heeft een orthodontische behandeling plaatsgevonden, waarbij de elementen 12 en 22 zijn verplaatst. Vervolgens heeft zij de ziektekostenverzekeraar verzocht vergoeding te verlenen voor fronttandvervanging. In dat kader zijn in 2017 ter plaatse kronen met dummies geplaatst, die na een ongeval in 2019 zijn vervangen.
- 2.3. Bij brief van 14 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat vergoeding van de kosten van fronttandvervanging is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 20 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog vergoeding te verlenen voor twee implantaten met vier kronen, alsmede voor de toekomstige behandelingen die hiermee samenhangen.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 6 mei 2024 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar diverse keren een akkoordverklaring heeft gegeven voor fronttandvervanging. Vanwege agenesie, het niet aangelegd zijn van de elementen 13 en 23, is de aangevraagde behandeling nodig. De vader van verzoekster heeft op 3 januari 2014 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd om informatie, waarop op 9 januari 2014 door de ziektekostenverzekeraar is geantwoord dat de akkoordverklaring doorlopend is zolang de behandeling voor verzoekster medisch noodzakelijk is. Op 24 mei 2017 en 27 mei 2019 zijn in lijn hiermee door de ziektekostenverzekeraar akkoordverklaringen gegeven. Dat de tandheelkundige behandeling zich uitstrekt over meerdere jaren heeft te maken met de leeftijd van verzoekster, waarbij haar kaken nog moesten volgroeien alvorens implantaten konden worden aangebracht. Volgens de implantoloog wordt nooit vóór de leeftijd van 22 jaar begonnen met een implantologische behandeling, zodat het onmogelijk is deze vóór het bereiken van het 23e levensjaar te hebben afgerond. Vanwege de herhaalde akkoordverklaringen en mededelingen door de ziektekostenverzekeraar, mocht verzoekster ervan uitgaan dat zij een vergoeding zou ontvangen voor de volledige behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft de op hem rustende zorgplicht geschonden door te verwijzen naar ingewikkelde inhoudelijke en specifieke voorwaarden, op basis waarvan de declaratie niet wordt vergoed. Hij heeft verzoekster eerder nooit de indruk gegeven dat een deel van de behandeling mogelijk niet zou worden vergoed. Verder is door de ziektekostenverzekeraar diverse keren niet gereageerd op ingezonden behandelplannen. Verzoekster heeft een extra uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering met een aanzienlijk hogere premie afgesloten, omdat zij dacht dat deze passend was voor haar probleem. De eis dat de behandeling voltooid dient te zijn voor het bereiken van de leeftijd van 23 jaar, vormt een ernstige aanslag op de bestaande tandheelkundige argumenten om die behandeling medisch verantwoord uit te voeren, en deze daarom niet op te jonge leeftijd te laten plaatsvinden. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de ingediende nota, alsmede alle toekomstige declaraties voor dit behandeltraject te vergoeden. Zij verzoekt daarnaast om terugbetaling van alle premie voor de "extra aanvullende verzekering" indien de ziektekostenverzekeraar niet tot vergoeding overgaat.

- 3.3. In haar brief van 29 september 2024 aan de commissie heeft verzoekster aanvullend verklaard dat de ziektekostenverzekeraar viermaal een akkoordverklaring heeft gestuurd voor de door haar gewenste behandeling. Deze akkoordverklaringen waren gebaseerd op een concreet behandelplan en behandeltraject. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding echter geweigerd op basis van een algemeen artikel uit de polisvoorwaarden dat verstopt is in bladzijden lange algemene voorwaarden. Verzoekster vindt dit verwarrend, onduidelijk en misleidend.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij eerder een kantilever brug heeft gekregen, en deze is ook vergoed. De brug maakt geen deel uit van het verzoek. De onderhavige aanvraag heeft ook betrekking op implantaten. Het verzoek is de gehele behandeling te vergoeden. Bij verzoekster is een aantal elementen niet aangelegd, en de behandeling hiervan duurt nog steeds voort. Een en ander is al op haar twaalfde geconstateerd. Er is aan gewerkt de behandeling voor het bereiken van de leeftijd van 23 jaar af te ronden, maar zij had te maken met verschillende orthodontisten en tandarts-implantologen. Die communiceren erg slecht met elkaar, zodat het steeds lang duurt voordat de behandeling kan worden voortgezet. Verder moest steeds worden gewacht tot de kaak verder was gegroeid. De bedoeling is het hele traject vergoed te krijgen, omdat dan pas het probleem is opgelost. Het gaat nu nog om vier kronen en twee implantaten. De etsbrug heeft zij nu niet meer. De ziektekostenverzekeraar heeft wel akkoordverklaringen gegeven, maar er wordt getraïneerd en er worden geen op de zaak toegespitste antwoorden gegeven. Verzoekster voelt zich tegengewerkt en misleid. Tot vier keer toe heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring gegeven met standaardzinnen zonder te kijken naar de begroting van de implantoloog. Het chronologische overzicht dat verzoekster heeft gemaakt van de handelingen beslaat vier A4-tjes. In 2019 is door de ziektekostenverzekeraar een brug vergoed, maar drie jaar later is de brug tijdens haar slaap afgebroken. Er kan opnieuw een etsbrug worden gemaakt, maar dan zou het na een aantal jaren weer breken. Op dit moment heeft zij geen definitieve voorziening maar een plaatje. Het is de bedoeling dat zij dat niet meer nodig heeft. De implantaten zijn al geplaatst, en daar komen dan kronen op. Er zijn diverse scenario's zijn geschetst door de tandarts om de situatie op te lossen. Op jonge leeftijd kan er nog niet een implantaat komen. De etsbrug is zeer gevoelig voor breuken omdat er teveel druk op komt te staan. Met implantaten is dit niet het geval.

#### 4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de in 2023 aangevraagde fronttandvervanging. Hij heeft hiertoe in zijn heroverweging van 7 maart 2024 aangevoerd dat in artikel B.12.1 is geregeld onder welke voorwaarden mondzorg wordt vergoed. Dit is onder andere het geval bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij het gebit zonder de mondzorg niet de normale tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad. Uit meerdere bindende adviezen van de commissie volgt dat het moet gaan om een zeer ernstige afwijking. De aandoening moet een ernstige functiestoornis opleveren, zoals oligodontie (het aangeboren ontbreken van ten minste zes tanden of kiezen) of schisis (een spleet in de lip, kaak of verhemelte) dan wel een ernstig trauma waarbij niet alleen tanden maar ook een substantieel deel van het kaakbot verloren is gegaan. Daarnaast hebben verzekerden tot en met 22 jaar aanspraak op vergoeding in het kader van fronttandvervanging. De ziektekostenverzekeraar vergoedt het vervangen, met niet-plastische materialen, van (front)tanden die niet zijn aangelegd of die ontbreken als direct gevolg van een ongeval dat heeft plaatsgevonden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd.
- 4.2. Bij verzoekster is geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Ook is niet voldaan aan één van de andere voorwaarden uit artikel B.12.1. Met betrekking tot de aanspraak op fronttandvervanging geldt dat in 2017, en nogmaals in 2019, een aanvraag is ingediend, waarbij door de ziektekostenverzekeraar goedkeuring werd verleend voor het plaatsen van kronen met dummies op de elementen 13 en 23. De zorgverlener heeft deze behandelingen

ook gedeclareerd met prestatiecode R24, wat staat voor een definitieve kroon. Het betrof derhalve geen tijdelijke oplossing, ter overbrugging tot het plaatsen van implantaten op latere leeftijd. Om deze reden is de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat met het aanbrengen van de kronen het functieprobleem, veroorzaakt door agenetische elementen, toen is opgelost en dat daarom geen verdere aanspraak bestaat op fronttandvervanging.

- 4.3. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster al geruime tijd bezig is met het verkrijgen van goedkeuring voor het aanbrengen van implantaten. De declaratie hiervoor werd op 29 juni 2023 ingediend, kennelijk zonder dat verzoekster op de hoogte was van de vereiste goedkeuringsverklaring voor deze behandeling. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat zelfs als de zorgverlener de aanvraag destijds correct had ingediend, dit niet zou hebben geleid tot een goedkeuring. Op dat moment was het immers al niet meer mogelijk de behandeling vóór het 23e levensjaar af te ronden. Bovendien was er, als gezegd, geen verdere aanspraak omdat het functieprobleem al was opgelost door het plaatsen van kronen met dummies.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 12 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat in 2017 is gekozen voor een definitieve voorziening met kronen op de 13 en 23, die op de plaats staan van de 12 en 22, met een zwevende pontic en etsbrug in de regio 31. Daarmee was de aanspraak beëindigd, omdat het functieprobleem was opgelost. In 2019 zijn de kronen door een val kapotgegaan, en is coulanchehalve een goedkeuring verleend voor fronttandvervanging. In 2023 is een aanvraag gedaan voor een kantilever etsbrug in het onderfront en nieuwe kronen op de 13 en 23, waarbij ter plaatse van de 12 en 22 implantaten worden aangebracht. Deze aanvraag kwam binnen op 30 oktober 2023, twee weken voor de 23e verjaardag van verzoekster. De desbetreffende aanvraag is afgewezen op twee gronden, namelijk dat (i) het functieprobleem al was opgelost en (ii) de aangevraagde behandeling niet kon worden afgerond voor de 23e verjaardag. Ook vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat hierop geen aanspraak. De ziektekostenverzekeraar is verder van mening dat hij op geen enkele wijze de indruk heeft gewekt dat de aanvraag van 2023 zou worden goedgekeurd. Van schending van de zorgplicht is geen sprake.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat een aantal akkoordverklaringen is gegeven. Deze akkoordverklaringen betroffen echter geen blanco cheque, maar steeds een goedkeuring voor een bepaalde aanvraag. Voor de fronttandvervanging is in 2017 een akkoordverklaring gegeven die ook is gebruikt. In 2019 is er naar aanleiding van een ongeval nogmaals coulanchehalve een akkoordverklaring gegeven. Die is ook gebruikt en op dat moment was sprake van een afgeronde behandeling. Het is niet zo dat deze akkoordverklaring uit 2019 ook ziet op de huidige situatie, want wat er nu in geschil is, is destijds niet aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar weet niet wat er volgens de behandelaars nog moet gebeuren en kan hierbij ook niet helpen. Er wordt gekeken wat er is aangevraagd en of dit kan worden vergoed. Over de leeftijdsgrens van 23 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze eerder lag op 18 jaar. Het Zorginstituut heeft aan het Ministerie van VWS geadviseerd dat dit niet redelijk was voor zover het ging om de fronttandvervanging. Daarna is de leeftijdsgrens opgetrokken naar 23 jaar. Het gaat om een wettelijk bepaalde grens. Mondzorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) betreft landelijke regelgeving die alle verzekeraars moeten volgen. Voor de aanvullende verzekering kunnen verzekeraars andere keuzes maken. Er is individueel naar de zaak van verzoekster gekeken, en er is vervolgens een standaardbrief gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is een grote verzekeraar, en dit is gestandaardiseerd systeem, wat wellicht wat onpersoonlijk overkomt, maar de inhoud van de brief is juist. De implantaten zijn afgewezen omdat er al een definitieve voorziening is.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

In verband met het niet-aangelegd zijn van elementen 13 en 23 zijn bij verzoekster in 2017 definitieve kronen geplaatst op de elementen 13 en 23. Door deze behandeling is het functieprobleem van de ontbrekende fronttanden opgelost. Nu het functieprobleem van verzoekster is verholpen tijdens het behandeltraject in 2017, is geen sprake meer van ontbrekende fronttanden en kan verzoekster geen aanspraak maken vergoeding van de op de in 2023 geplaatste kantilever etsbrug en de nieuwe kronen op de elementen 13 en 23 op grond van art. 2.7, lid 6, van het Bzv.

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor een fronttandvervanging. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de geplaatste kantilever etsbrug en de nieuwe kronen op de elementen 13 en 23 ten laste van de basisverzekering.

#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een fronttandvervanging."

- 5.2. In het definitief advies van 20 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag en de reactie van verzoekster komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

In de begeleidende brief bij het hoorzittingsverslag en in de reactie van verzoekster wordt opgemerkt dat ter zitting is gebleken dat de aanvraag twee implantaten met vier kronen betreft.

Het Zorginstituut is in het voorlopig advies uitgegaan van het behandelplan zoals verwoord op het aanvraagformulier: 'Kantilever etsbrug onderfront en nieuwe kronen op de 13 en 23. 12 en 22 worden implantaten. Dus: Noodbruggen maken, dan tanden beslijpen voor nieuwe kroon. Dan noodkronen plaatsen. Dan alles implanteren. Dan alles afdrukken en alle kronen plaatsen.' Gelet op het aanvraagformulier en hetgeen verzoekster ter zitting heeft aangevoerd is het onduidelijk of het geschil betrekking heeft op een kantilever etsbrug, twee kronen en twee implantaten of twee implantaten en vier kronen. Dit maakt voor de conclusie van het voorlopig advies echter niet uit. In eerste instantie beoordeelt het Zorginstituut namelijk of een verzekerde een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Dat heeft verzoekster niet. Derhalve wordt niet toegekomen aan het beoordelen van de omvang van de aanspraak op grond van het maatmanbeginsel.

Naar aanleiding van de reactie van verzoekster op het voorlopig advies van het Zorginstituut waarin zij aangeeft dat haar klacht uit meerdere onderdelen bestaat, merkt het Zorginstituut het volgende op. De klacht van verzoekster ziet ook op misleiding door verweerder en het ernstig tekortschieten van verweerder in zijn zorgplicht. Dit valt echter buiten de adviestaak van het Zorginstituut. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het advies van het Zorginstituut kan derhalve alleen betrekking hebben op de vragen of sprake is van verzekerde zorg en of een verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor de gevraagde zorg. De SKGZ kan de overige onderdelen van de klacht beoordelen."

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende

ziektelkostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektelkostenverzekering.

- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

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

### Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg is geregeld in artikel B.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat deze zorg wordt vergoed in de volgende drie gevallen:
- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
  - (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft 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; of
  - (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat 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 voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv.
- Het staat vast dat de situatie van verzoekster, waarbij de elementen 13 en 23 niet zijn aangelegd, niet voldoet aan de hiervoor genoemde voorwaarden.
- 7.3. De aanspraak op het aanbrengen van implantaten is geregeld in artikel B.12.2 van de zorgverzekering. Hierin staat dat - naast de situaties als hiervoor besproken onder 7.2 - aanspraak bestaat op het aanbrengen van implantaten als:
- (i) bij een verzekerde sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak én
  - (ii) de implantaten dienen voor het aanbrengen van een (volledig) uitneembare prothese.
- Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, tweede lid, Bzv. Deze situatie is bij verzoekster niet aan de orde.
- 7.4. De zorgverzekering biedt voorts, op grond van artikel B.14, onder e, van de voorwaarden van de zorgverzekering, voor verzekerden tot en met 22 jaar aanspraak op vergoeding van de kosten van implantaten met kronen ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van de zorg moet zijn vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Ten tijde van de aanvraag op 29 juni 2023 was verzoekster nog 22 jaar oud. Zij is op 13 november 2023 23 jaar oud geworden. De regel dat de zorg vóór het 23 jaar moet zijn afgerond, is niet terug te lezen in de voorwaarden van de zorgverzekering. Door de ziektekostenverzekeraar is evenwel aangevoerd, en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, dat na de eerdere akkoordverklaring in 2017 en een ongeval in 2019 twee kronen met dummies zijn geplaatst op de plek van elementen 13 en 23, waarmee het functieprobleem toen is verholpen. Deze kronen zijn gedeclareerd met de prestatiecode R24. Volgens de website van de Nederlandse Zorgautoriteit betreft dit een (permanente) kroon. Anders dan verzoekster lijkt te suggereren, betrof het hierbij geen tijdelijke oplossing, in afwachting van het volgroeid zijn van de kaak, om op een later tijdstip implantaten met hierop kronen aan te brengen.
- 7.5. Door verzoekster is aangevoerd dat zij door de ziektekostenverzekeraar is misleid doordat eerder vier akkoordverklaringen zijn afgegeven. In het dossier bevinden zich drie akkoordverklaringen en één e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar, gericht aan de vader van verzoekster, van

9 januari 2014. Eén van de akkoordverklaringen en de betreffende mail zien op orthodontische zorg, die hier niet in geschil is. De twee overige akkoordverklaringen, te weten van 24 mei 2017 en 27 mei 2019 zien op fronttandvervanging. Hieraan is gevolg gegeven door het plaatsen van de kronen met dummies. De commissie overweegt dat, anders dan verzoekster suggereert, iedere aanvraag apart door de ziektekostenverzekeraar moet worden beoordeeld en dat de desbetreffende akkoordverklaringen betrekking hebben op de toen aangevraagde behandelingen. Er ist geen sprake van een doorlopende behandeling waaruit zonder meer een machtiging voor elk (toekomstig) onderdeel dient te volgen. Daarbij komt nog dat in beide brieven is vermeld dat de behandeling voltooid diende te zijn vóór het 23e levensjaar. Voor zover verzoekster in de akkoordverklaringen een toestemming leest die verder gaat dan de toen aangevraagde behandelingen, geldt dat aan laatstgenoemde voorwaarde (voltooid vóór het 23e levensjaar) ten tijde van de aanvraag uit 2023 niet (meer) kon worden voldaan. Uit het voorgaande volgt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag in het kader van de zorgverzekering terecht heeft afgewezen.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen. Het lag op de weg van verzoekster zich bij het afsluiten van de verzekering te (laten) informeren over de geldende voorwaarden, zodat een afweging kon worden gemaakt of het afsluiten van deze verzekering voor haar zinvol was. Onder de gegeven omstandigheden valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar zou kunnen worden verplicht de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering aan verzoekster terug te betalen. Gelet op artikel 7:938, eerste lid, BW is teruggave van betaalde premie dan niet aan de orde.

#### *Slotsom*

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 maart 2025,

J.W. Heringa

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

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



---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

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

## Artikel 2.7

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

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.
- Een diëtist die aangesloten is bij ParkinsonNet verleent de zorg bij de ziekte van Parkinson.

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 gehandicapten, 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, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft; en/of

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

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

#### Let op!

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

### B.12.2. implantaat

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft 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.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt. 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 disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- 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 nabehandeling noodzakelijk is, moet een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u heeft hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

##### Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden 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 Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of sedatie wordt deze verleend door een bevoegde zorgverlener:
  - in een door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
  - waarmee wij voor deze behandeling afspraken hebben gemaakt.

##### Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten, heeft u voor aanvang van de behandeling 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 nodig voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak heeft. 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 nodig voor orthodontie in bijzondere gevallen (B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

##### Tarieven

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

### B.13. Mondzorg tot 18 jaar

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2x per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);

- k. uitneembaar volledig kunstgebit (conventionele gebitsprothese), al dan niet op implantaten, of een gedeeltelijk kunstgebit;
- l. vervangen van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Dit is nodig omdat één of meer van deze blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat deze ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- o. Intake nieuwe patiënt.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze of soortgelijke zorg extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- De zorg omvat niet:
  - kronen, bruggen, implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij- of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd);
  - orthodontische hulp en bijbehorende röntgenfoto's, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
  - gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61) behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
  - uitwendig bleken van tanden (code E97);
  - slijpen en/of behandelen melkelement (code M05);
  - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
  - eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32);
  - behandeling van witte vlekken (codes M80\* en M81\*);
  - plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.3);
  - orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (codes H38 en H39);

- uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012);
- het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016\*).
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

#### Algemeen

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

#### Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een tandarts,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugd tandverzorging,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor medisch specialistische zorg,
- een bevoegde tandprotheticus (met verwijzing van een tandarts indien sprake is van een volledig kunstgebit op implantaten of een gedeeltelijk kunstgebit).
- het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), codes H38 en H39.

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 of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
  - het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), codes H38 en H39. 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 J080. 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 autotransplantaten.
- U heeft 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 kunstgebit 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 tanden en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:
  - een tandarts, of;
  - 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 heeft 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:
    - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
    - het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
    - 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 verzekerden 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 kunsthars 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 heeft.
- 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](http://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).

De lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen 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.

#### B.15.1.a. Medicijnen algemeen

De minister van VWS bepaalt welke farmaceutische zorg en medicijnen onder welke voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze minister heeft het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de wet aanvullende randvoorwaarden stellen aan de vergoeding van farmaceutische zorg en geneesmiddelen.

#### B.15.1.b. Medicijnen uit bijlage 1

Het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) bestaat uit bijlage 1 en 2. In bijlage 1 komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare medicijnen voor.

#### Onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.