

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202401584

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordigster van de minderjarige C, hierna te noemen verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

en

- 1) CZ 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 klachtenformulier van 27 augustus 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 1 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 november 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 9 december 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024041018) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gezonden.
- 1.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 december 2024 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan verzoekster gestuurd.
- 1.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 2 december 2024 respectievelijk 23 december 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2021 en 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collecties en Tandarts Collectief (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Door de behandelend orthodontist is op 15 december 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling van verzekerde. Daarnaast is door

de behandelend kaakchirurg op 18 januari 2022 een aanvraag gedaan voor een medisch specialistische behandeling van verzekerde.

- 2.3. Bij brieven van respectievelijk 12 januari 2022 en 8 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen akkoord voor de beide behandelingen wordt gegeven.
- 2.4. Verzoekster en de behandelend orthodontist hebben de ziektekostenverzekeraar meerdere malen om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brieven van respectievelijk 8 februari 2022 en 4 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen ten aanzien van de medische specialistische en de orthodontische behandeling handhaaft.
- 2.5. Op 16 mei 2024 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar opnieuw om heroverweging van de afwijzende beslissingen gevraagd. Bij brief van 12 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft, waarbij hij heeft verwezen naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
- 2.6. Bij brief van 9 december 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde orthodontische behandeling en de behandeling bij de kaakchirurg ten behoeve van verzekerde moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, in de brieven van 16 mei en 27 augustus 2024, dat zij de mening heeft gevraagd van een tandheilkundig adviseur. Diens advies is door verzoekster meegestuurd. Hierin wordt aangegeven dat het gebit van verzekerde zonder de voorgestelde zorg geen gelijkwaardige functie heeft, dan als hij zijn aandoening (amelogenesis imperfecta) niet had gehad. Daarnaast kan de orthodontische behandeling niet zonder de behandeling bij de kaakchirurg plaatsvinden.
Als de ziektekostenverzekeraar meent dat het oordeel van de behandelend orthodontist onnavolgbaar is, dan is het aan hem een toelichting te vragen en de orthodontist in staat te stellen aanvullende informatie aan te leveren. Het primaat van de indicatiestelling ligt bij de behandelend orthodontist. De ziektekostenverzekeraar dient hiervan uit te gaan, en zijn adviserend tandarts kan bij de beoordeling van de aanvraag zijn opvatting niet zonder meer in de plaats van die van de behandelend orthodontist stellen. Vanuit de ziektekostenverzekeraar is geen contact met de behandelend orthodontist opgenomen. Dit ondanks meerdere voorstellen van de orthodontist om het behandelplan toe te lichten.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op de orthodontische behandeling en de behandeling bij de kaakchirurg. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 4 mei 2022 aangevoerd dat orthodontie alleen vanuit de basisverzekering kan worden vergoed als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheilkunde noodzakelijk is, én het gebit zonder die tandheilkundige zorg de normale functie niet kan behouden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad. Bij de aanspraak op orthodontie gaat het met name om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking of vergelijkbare zeer ernstige afwijkingen. Ook valt te denken aan een gecombineerde orthodontische en chirurgische tandheilkundige behandeling van specialistische aard (osteotomie), vooropgesteld dat het concreet de behandeling betreft van een zeer ernstige afwijking, die vergelijkbaar is met een schisisafwijking. De 'indicatieve lijst' wordt gezien als

een richtsnoer bij deze beoordeling. Het vóórkomen van een indicatie op de lijst betekent niet automatisch dat aanspraak bestaat op de vergoeding van orthodontie. Daartoe is vereist dat de aandoening van het tand-kaak-mondstelsel leidt tot een objectiveerbare functiestoornis. Bij verzekerde is hiervan niet gebleken. Er bestaat bij hem geen zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

- 4.2. Daarnaast is geen sprake van medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkundige. Hiermee wordt namelijk niet bedoeld het plaatsen van botankers of mesialsliders, zoals bij verzekerde, maar een kaakoperatie vanwege een noodzaak voor het corrigeren van de stand van de kaken. Nu er geen aanspraak is op de orthodontische behandeling, is er geen vergoeding mogelijk voor het plaatsen van de botankers. Dit dient immers geen zelfstandig doel.
- 4.3. In de brieven van 12 juni 2024 en 23 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevuld dat zijn adviserend tandarts het ingebrachte tandheelkundig advies heeft bestudeerd. In het advies wordt genoemd dat verzekerde amelogenesis imperfecta heeft. Dit blijkt echter niet uit de aanvraag voor de orthodontische behandeling. Daarnaast is er bij amelogenesis imperfecta slechts in zeer uitzonderlijke gevallen sprake van een ernstige functiestoornis en komt het zelden voor dat hierbij orthodontie noodzakelijk is. Het ontbreken van drie elementen maakt niet dat kan worden gesproken van een zeer ernstige afwijking. Het gegeven dat een aantal elementen meer of minder hypoplastisch is, maakt eveneens niet dat aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen bestaat. Dit kan worden opgelost met een opbouw van composiet en de kosten hiervan kunnen wél vanuit de basisverzekering worden vergoed. De aanvraag dient te worden beoordeeld aan de hand van de huidige situatie. Met eventueel in de toekomst te maken kosten kan geen rekening worden gehouden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 1 november 2024 gesteld dat de adviserend tandarts alleen bij wijze van uitzondering zelf contact opneemt met de behandelend orthodontist. In de situatie van verzekerde waren er geen onduidelijkheden die daartoe aanleiding gaven. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de wens tot behandeling begrijpelijk is en dat er bij verzekerde sprake is van een orthodontische afwijking en een navolgbaar behandelplan. Dit betreft echter geen ernstige afwijking van het tand-kaak-mondstelsel waarbij er een verzekerde indicatie voor orthodontie vanuit de basisverzekering bestaat. De situatie van verzekerde valt niet onder de strikte verzekeringsvoorwaarden.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 9 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Orthodontische behandeling

Voor orthodontische hulp gelden strenge criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Dit betekent dat het moet gaan om schisis (gespleten lip-kaak- en gehemelte) of een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening. Hiervan is bij verzekerde geen sprake. Een mesio-faciaal groei patroon, hypoplastische elementen, agenesie/afwezigheid van drie (niet aangelegde) elementen, een dekbeet en steilstaand bovenfront, worden niet aangemerkt als een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Verzekerde voldoet derhalve niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor orthodontie ten laste van de basisverzekering.

Naar aanleiding van hetgeen verweerder aanvoert met betrekking tot oligodontie merkt het Zorginstituut het volgende op. Op grond van de indicatieve lijst kan sprake zijn van een zeer

ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel bij oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat hiermee in totaal zes niet aangelegde gebitselementen worden bedoeld: vier in één kaak én twee of meer gebitselementen in één kwadrant. Bij verzekerde is dan ook geen sprake van oligodontie. Overigens dient altijd in het individuele geval beoordeeld te worden of ook daadwerkelijk een ernstige functiestoornis bestaat. Het is ook mogelijk dat bij minder dan zes niet-aangelegde elementen een zeer ernstige functiestoornis bestaat, dit wordt dan alleen geen oligodontie genoemd. Bij verzekerde bestaat echter geen zeer ernstige functiestoornis.

Het Zorginstituut merkt voorts op dat uit het aanvraagformulier niet blijkt dat bij verzekerde sprake is van amelogenesis imperfecta. Derhalve is niet beoordeeld of op grond van deze aanvoering aanspraak bestaat op vergoeding van orthodontische hulp ten laste van de basisverzekering.

Kaakchirurgische behandeling

Een botanker of minischroef wordt aangebracht in het kader van een orthodontische behandeling. Een botanker of minischroef dient als kaakchirurgische verrichting geen zelfstandig medisch doel. Nu verzekerde niet voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor orthodontie ten laste van de basisverzekering, is verzekerde niet redelijkerwijs aangewezen op het plaatsen van botankers en minischroeven. De kaakchirurgische behandeling (het plaatsen van botankers en minischroeven) komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Omdat verzekerde geen (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp, is verzekerde niet redelijkerwijs aangewezen op een kaakchirurgische behandeling waarbij botankers en minischroeven worden geplaatst. Verzoekster kan derhalve ten behoeve van verzekerde geen aanspraak maken op vergoeding van een orthodontische behandeling en kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Volgens artikel 2.1 van het reglement van de commissie wordt een klacht alleen behandeld als deze binnen een jaar wordt ingediend nadat de ziektekostenverzekeraar over de klacht heeft beslist. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 mei 2022 op het verzoek om heroverweging van verzoekster beslist. Nu de ziektekostenverzekeraar echter op 12 juni 2024 nogmaals een inhoudelijke beoordeling heeft uitgevoerd van de ingediende aanvragen en hij hierbij opnieuw heeft verwezen naar de SKGZ, kan het verzoek toch in behandeling genomen worden.
- 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 het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.

Orthodontische behandeling

- 7.2. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7 derde lid Bzv. Hierin staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een (verzekerings)indicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de betrokkene niet uitsluitend door de orthodontist mag worden behandeld.
- 7.3. Of sprake is van een tandheelkundig functieprobleem als gevolg van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel dient per individueel geval te worden beoordeeld. De commissie overweegt dat het Zorginstituut in zijn advies van 9 december 2024 met betrekking tot de situatie van verzekerde heeft opgemerkt dat een mesio-faciaal groei patroon, hypoplastische elementen, agenesie/afwezigheid van drie (niet aangelegde) elementen, een dekbeet en steilstaand bovenfront, niet worden aangemerkt als een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Verzekerde voldoet daarmee niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor orthodontie ten laste van de basisverzekering. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden om op dit punt van het advies van het Zorginstituut af te wijken. De door haar genoemde aandoening amelogenesis imperfecta is niet vermeld op het aanvraagformulier. De commissie overweegt in dit verband dat het aan de behandelend orthodontist is om bij de ziektekostenverzekering een deugdelijke aanvraag in te dienen en deze te onderbouwen, teneinde de ziektekostenverzekeraar in staat te stellen aan de hand daarvan een beoordeling uit te voeren. Als er (een) andere relevante aandoening(en) aanwezig is/zijn bij verzekerde - nog daargelaten of dit tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar zou leiden - had het op de weg van de behandelend orthodontist gelegen deze te vermelden. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar hierover contact had moeten opnemen treft dan ook geen doel. De commissie volgt daarom de conclusie van het Zorginstituut ten aanzien van de orthodontische behandeling. Dit betekent dat verzoeker hierop geen aanspraak heeft ten laste van de zorgverzekering.

Kaakchirurgische behandeling

- 7.4. De aanspraak op kaakchirurgie is geregeld in artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Om voor een kaakchirurgische behandeling ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen, dient betrokkene hierop redelijkerwijs te zijn aangewezen. Dit volgt uit artikel A.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden. Gelet op de aanvraag worden bij verzekerde botankers of minischroeven aangebracht in het kader van de hiervoor besproken orthodontische behandeling. Het plaatsen hiervan dient als kaakchirurgische verrichting geen zelfstandig medisch doel, zo schrijft het Zorginstituut in zijn advies van 9 december 2024. Nu er bij verzekerde geen verzekeringsindicatie is voor de orthodontische behandeling, is hij niet redelijkerwijs aangewezen op het plaatsen van botankers en minischroeven. De commissie volgt ook hierin het advies van het Zorginstituut. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde kaakchirurgische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 januari 2025,

H.A.J. Kroon

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

onderdelen a tot en met c:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

- a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

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

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

Verwijzing

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

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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

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

Let op!

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

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

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

en

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

Let op!

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

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

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

Let op!

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

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

Algemeen

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

Zorgverlener

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

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

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

Verwijzing

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

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

Let op!

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

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

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

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

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

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

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

Akkoordverklaring

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

Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie

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

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

Tarieven

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

B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- a. Kaakchirurg (medisch specialistische zorg) omvat mondzorg voor mond-, kaak- en 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