

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ Groep U.A., beide te Tilburg
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie, indicatieve lijst
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202101478
Zittingsdatum : 11 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 16 december 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 2 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 februari 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 februari 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 21 februari 2022 respectievelijk 1 maart 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 18 maart 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022006269) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 maart 2022 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Bij brief van 23 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar op het desbetreffende advies gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. De brief van 23 maart 2022 van de ziektekostenverzekeraar is op 14 april 2022 in afschrift aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 maart 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 26 april 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 2.6. Gelet op de gemotiveerde inhoudelijke reactie van de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van het voorlopig advies en de reactie van het Zorginstituut hierop heeft de commissie het Zorginstituut bij brief van 16 mei 2022 aanvullende vragen gesteld. Aan het Zorginstituut zijn de volgende vragen voorgelegd:
 - Betekent het enkel en alleen vóórkomen van een situatie als beschreven op de indicatieve lijst al dat sprake is van een tandheelkundig functieprobleem of geldt dit laatste als een aparte voorwaarde, zoals de zorgverzekeraar stelt?
 - Indien dit laatste het geval is, dus dat zowel sprake moet zijn van een situatie zoals vermeld op de indicatieve lijst én daarnaast sprake moet zijn van een tandheelkundig functieprobleem, kunt u dan ook toelichten wanneer dit aan de orde is?
 Bij brief van 25 mei 2022 heeft het Zorginstituut de door de commissie gestelde vragen beantwoord. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld

hierop te reageren. Bij brief van 2 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collectief en Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om de reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij de ziektekostenverzekeraar is op 18 september 2020 een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling ten behoeve van verzoekster. Op 6 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de orthodontische behandeling niet wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Namens verzoekster is op 4 januari 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een osteotomie. Bij brief van 14 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat deze aanvraag is goedgekeurd.
- 3.5. Medio 2021 is bij de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag ingediend voor een orthodontische behandeling ten behoeve van verzoekster. Op 1 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de orthodontische behandeling niet wordt vergoed.
- 3.6. Bij brief van 18 maart 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

De indicatieve lijst noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder andere mesiorelatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm. Uit het dossier blijkt dat verzoekster aan beide indicaties voldoet. Er zijn meerdere disciplines bij de behandeling betrokken (Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie voor de osteotomie). Uit de brief van de orthodontist (d.d. 31 augustus 2021) blijkt verder dat het gaat om een overjet van meer dan 3,5 [mm]. Daarnaast blijkt dat er orthodontische pogingen zijn gedaan om de overjet te reduceren en tot een goed behandel resultaat te komen. Echter is dit niet gelukt. Vervolgens is de overjet tijdelijk gereduceerd om minder last te hebben van de afwijking. Deze tijdelijke situatie van de tanden moet niet verward worden met de eigenlijke kaakrelatie en oorspronkelijke gebitsrelatie. De kaakrelatie en gebitsrelatie kan alleen gecorrigeerd worden met osteotomie en vervolgens orthodontie.

Op basis van voorgaande kan geconcludeerd worden dat verweerder de orthodontische behandeling onterecht heeft afgewezen, nu bij verzoekster sprake is van een mesiorelatie van klasse III met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

De aanvraag is voor wat betreft de orthodontische behandeling onterecht afgewezen."

- 3.7. Bij brief van 25 mei 2022 heeft het Zorginstituut, in antwoord op de door de commissie gestelde vragen, het volgende verklaard:

"Orthodontische hulp valt alleen onder bijzondere tandheelkunde als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is (MKA-chirurg in dit geval). De indicatieve lijst is een lijst ter verduidelijking, terwijl de adviserend tandarts deze lijst lijkt te gebruiken als limitatieve lijst. De indicatieve lijst geeft aan in welke situaties er in ieder geval sprake is van een functieprobleem. Er kunnen functieproblemen zijn die niet voorzien zijn en dus ook niet op de indicatieve lijst staan.

Er kunnen ook gecombineerde problemen zijn die afzonderlijk niet voldoende ernstig zijn, maar samen wel. Dit laatste is bij verzoekster aan de hand. De situatie van verzoekster is zo ernstig dat deze nauwelijks kan bestaan zonder functieproblemen."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het orthodontisch traject te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over tandheelkundige zorg 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster voert aan dat zij in het verleden twee verschillende orthodontische trajecten heeft gehad. Omdat de functionele klachten nog niet zijn verholpen, is namens haar een aanvraag gedaan voor zowel een kaakchirurgische ingreep als een orthodontisch voor- en natraject. Verzoekster vindt het vreemd dat door de ziektekostenverzekeraar wel een vergoeding is toegezegd voor de behandeling door de kaakchirurg, maar dat het orthodontisch traject niet wordt vergoed. Ook de orthodontist heeft zich hierover verbaasd, te meer omdat door verzoekster wordt voldaan aan het vereiste dat sprake moet zijn van een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm. Er bestaat namelijk een omgekeerde overjet van 4,5 mm. Verder merkt verzoekster op dat zij volgens de lijst van het College van Adviserend Tandartsen ook aanspraak kan maken op vergoeding bij ernstige cranio- mandibulaire dysfunctie. Ook dit laatste is bij haar aan de orde. Verzoekster vermoedt dat dit wordt veroorzaakt door het Ehler-Danlos syndroom waaraan zij lijdt.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Een (verzekerings)indicatie voor een dergelijke behandeling ontbreekt. Dit maakt de ziektekostenverzekeraar op uit de eerder ingediende aanvraag en de verwijfsbrief uit 2019. Hieruit volgt dat de situatie van verzoekster toen niet voldeed aan de gestelde eisen. Er was sprake van

een zeer geringe overjet tot end to end beet in het front en geen ernstige asymmetrie. Van een klasse III met een omgekeerde overjet van 3,5 mm kon dan ook niet worden gesproken zodat de in 2020 ingediende aanvraag werd afgewezen.

In 2021 is ten behoeve van verzoekster een nieuwe aanvraag voor een orthodontisch traject ingediend. De ziektekostenverzekeraar constateert dat in de aanvraag de situatie van verzoekster is beschreven zoals die bestond direct na het uitlijnen van de bogen en klaar om een osteotomie uit te voeren. Hoewel de ziektekostenverzekeraar het met verzoekster eens is dat thans wel wordt voldaan aan de eis van een omgekeerde overjet van 3,5 mm is de aanvraag toch afgewezen. Dit omdat de tandheelkundige afwijking het gevolg moet zijn van een aangeboren afwijking of ontwikkelingsstoornis die leidt tot een ernstig functieprobleem, vergelijkbaar met schisis. Een dergelijk functieprobleem is bij verzoekster niet aan de orde. De huidige tandheelkundige situatie is bovendien veroorzaakt door een uitgevoerde orthodontische behandeling.

Voor zover verzoekster stelt dat de tandheelkundige problemen worden veroorzaakt door het Ehler-Danlos syndroom geldt dat dit causale verband niet is aangetoond.

- 6.4. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 18 maart 2022 en de aanvullende reactie van het Zorginstituut van 25 mei 2022 stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij het standpunt van het Zorginstituut dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor de orthodontische behandeling niet deelt. Dit omdat het enkel vóórkomen van een situatie als vermeld op de indicatieve lijst nog niet betekent dat aanspraak bestaat. Daarnaast blijft namelijk altijd de voorwaarde van toepassing dat sprake dient te zijn van een ernstig (tandheelkundig) functieprobleem, dat bovendien het gevolg moet zijn van een aangeboren afwijking of ontwikkelingsstoornis. In dit verband is van belang dat door de behandelend orthodontist twee aanvragen zijn ingediend. Bij de eerste aanvraag van 18 september 2020 wordt gesproken van een end-to-end stand. Deze aanvraag is afgewezen omdat geen sprake was van een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening. Ook was een tandheelkundig functieprobleem toen niet aan de orde. Na deze afwijzende beslissing is verzoekster orthodontisch behandeld en is de tandheelkundige situatie door het uitlijnen van de tandbogen veranderd. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet de situatie worden beoordeeld vóórdat wordt aangevangen met de behandeling. Vóór aanvang van de behandeling was bij verzoekster geen sprake van een ernstig functieprobleem dat in ernst vergelijkbaar was met schisis en voldeed de casus niet aan de indicatieve lijst. Het optellen van meerdere problemen die afzonderlijk geen aanspraak vormen, maar samen wel, zoals het Zorginstituut lijkt te doen, is erg subjectief.

Overwegingen commissie

- 6.5. In aansluiting op eerdere bindende adviezen, overweegt de commissie dat met het indienen, medio 2021, van een nieuwe aanvraag voor een orthodontische behandeling, de eerdere aanvraag voor een zelfde behandeling is komen te vervallen. Wel is deze eerdere aanvraag nog van belang in het kader van de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat als gevolg van de na 18 september 2020 uitgevoerde orthodontische behandeling de toestand van het gebit van verzoekster is veranderd, en dat voor de beoordeling van de indicatie de oorspronkelijke situatie als uitgangspunt moet worden genomen. In het vervolg wordt hier op teruggekomen.
- 6.6. Vervolgens overweegt de commissie dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische en de orthodontische behandeling. Een (verzekerings)indicatie voor kaakchirurgie betekent niet dat tevens het bestaan van een (verzekerings)indicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Het betreft twee verschillende verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld aan de hand van de onderscheiden voorwaarden.
- Ten aanzien van de kaakchirurgische behandeling geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen dus geen geschil, zodat beoordeling van de aanspraak op dit punt achterwege kan blijven.

- 6.7. Ten aanzien van de orthodontische behandeling overweegt de commissie als volgt. Een dergelijke behandeling valt op grond van artikel B.12.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering onder de dekking als sprake is van een (verzekerings)indicatie. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Een (verzekerings)indicatie is aanwezig in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand- kaak-mondstelsel. Daarnaast moet mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Tot deze andere disciplines behoort ook kaakchirurgie.
- 6.8. Uit de Nota van toelichting bij artikel 2.7, derde lid, Bzv blijkt dat het moet gaan om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking of een vergelijkbare zeer ernstige (tandheelkundige) afwijking. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij 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 deze 'indicatieve lijst' als richtsnoer.
- De indicatieve lijst noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer een mesio-relatie (Klasse III) met een omgekeerde overbeet van meer dan 3,5 mm. Zoals onder 6.5 reeds is aangestipt, stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat vóór het uitlijnen van de tandbogen en actief ingrijpen dit bij verzoekster nog niet aan de orde was, hetgeen blijkt uit de eerdere aanvraag voor een orthodontische behandeling.
- Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 18 maart 2022 verklaard dat uit de brief van de orthodontist van 31 augustus 2021 blijkt dat bij verzoekster thans sprake is van een overjet van meer dan 3,5 mm. Er zijn orthodontische pogingen gedaan om de overjet te reduceren en tot een goed behandelresultaat te komen, hetgeen echter niet is gelukt. Vervolgens is weliswaar de overjet gereduceerd om minder last te hebben van de afwijking, maar dit is tijdelijk en moet niet worden verward met de eigenlijke kaakrelatie en oorspronkelijke gebitsrelatie, aldus het Zorginstituut.
- In hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld ten aanzien van het ontstaan van het tandheelkundig probleem, ziet de commissie geen aanleiding van het standpunt van het Zorginstituut af te wijken. Dit leidt tot de conclusie dat bij verzoekster sprake is van een indicatie die in beginsel aanspraak geeft op een orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Of - daarnaast - bij verzoekster een ernstige cranio-mandibulaire dysfunctie, al dan niet veroorzaakt door het Ehler-Danlos syndroom, aan de orde is, kan voor het vervolg onbesproken blijven.
- 6.9. Door de ziektekostenverzekeraar is voorts gesteld dat als een situatie voorkomt op de 'indicatieve lijst' dit niet zonder meer betekent dat aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, omdat daarnaast de afwijking een ernstig functieprobleem, vergelijkbaar met schisis, moet opleveren. Hiervan is volgens hem in casu niet gebleken.
- De commissie merkt hierover op dat de hiervoor bedoelde lijst indicatief is en dat uit de reactie van het Zorginstituut van 16 mei 2022 blijkt dat op de lijst situaties staan vermeld waarbij er in ieder geval sprake is van een functieprobleem. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, geldt dan ook niet als aparte eis dat het bestaan van een ernstig functieprobleem nog moet worden aangetoond indien een op de lijst vermelde indicatie aan de orde is, zoals in het geval van verzoekster. Los hiervan merkt het Zorginstituut in zijn reactie van 16 mei 2022 nog op dat bij verzoekster meerdere problemen aan de orde zijn, die gezamenlijk dusdanig ernstig zijn dat deze nauwelijks kunnen bestaan zonder functieproblemen.
- De commissie ziet in het hetgeen de ziektekostenverzekeraar overigens heeft aangevoerd onvoldoende aanknopingspunten om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt dit dan ook. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 27 juni 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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;
- (...)

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.
 - (...)

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

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

kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

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

Let op!

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

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

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.

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 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, 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;
- 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, hebt 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 hebt. Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg en een schriftelijk behandelplan.
- 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 gebits-elementen (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 tandheelkundi-