

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Onderlinge waarborgmaatschappij DSW
Zorgverzekeraar te Schiedam
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer : 202200763
Zittingsdatum : 19 oktober 2022

1. Partijen

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

en

Onderlinge waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 4 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 mei 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 22 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 juli 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De commissie heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) op grond van artikel 114 Zvw gevraagd om een advies uit te brengen. Het Zorginstituut heeft vervolgens kenbaar gemaakt aanvullende informatie nodig te hebben. De commissie heeft op 9 augustus 2022 verzoekster gevraagd om toezending van het patiëntendossier van de tandarts en röntgenfoto's van de elementen 44 en 46 van de afgelopen tien jaren. Verzoekster heeft de gevraagde informatie op 18 augustus 2022 aan de commissie gezonden. Afschriften van deze stukken zijn op 23 augustus 2022 aan zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 27 september 2022 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2022030227) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De ziektekostenverzekeraar heeft, zoals ter zitting was afgesproken, de commissie bij brief van 1 november 2022 geïnformeerd over een vergoeding die twee jaar eerder aan verzoekster is verleend. Een kopie van deze brief is op 1 november 2022 aan verzoekster gezonden, waarbij zij de mogelijkheid heeft gekregen hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 14 november 2022 gereageerd. Een kopie hiervan is op 17 december 2022 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 17 november 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 27 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord. Een kopie van het definitieve advies is op 5 december 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop te

reageren. Verzoekster heeft op 12 december 2022 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 22 december 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-TopPlus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij verzoekster is sprake van oligodontie. Rond 2004 is linksonder een brug geplaatst. Na een recente wortelkanaalbehandeling is een van de beide pijlerelementen verloren gegaan. Door de tandarts/implantoloog is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van implantaten ter plaatse van de 44 en de 46.
- 3.3. Bij brief van 21 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 24 maart 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 27 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde implantaatbehandeling alsnog goed te keuren.
- 4.2. In verband met haar verzoek stelt verzoekster, onder verwijzing naar het advies van het Zorginstituut in een eerdere zaak, waarbij het ging om de behandeling van haar bovengebit, dat bij haar een ernstige vorm van oligodontie bestaat. Dit is een genetische afwijking die niet verdwenen is door het plaatsen van een brug, al dan niet op implantaten.

Door het verloren gaan van het pijlerelement mist de brug nu aan een kant ondersteuning en volgens de behandelend tandarts/implantoloog is het een kwestie van tijd dat deze moet worden verwijderd. Verzoekster mag niet meer kauwen met de linkerkant om de brug te ontzien.

Dat de aanvraag is afgewezen is voor verzoekster onbegrijpelijk. Niet alleen is de behandeling noodzakelijk, maar bovendien stemmen alle in de kostenopgave opgenomen codes overeen met de codes die zijn vermeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Als verzoekster op internet "richtlijnen, mandaatbeginsel en vermeldingen van andere zorgverzekeraars" bekijkt, is het voor haar een raadsel hoe het tot een afwijzing door de ziektekostenverzekeraar is gekomen.

De opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat het niet ongevoel is dat op 63-jarige leeftijd enige gebitselementen ontbreken, beschouwt verzoekster als leeftijdsdiscriminatie. Daarbij wijst zij erop dat de oorzaak hiervan in haar geval oligodontie is, hetgeen een (verzekerings)indicatie is voor bijzondere tandheelkundige zorg.

Zou overigens sprake zijn van regulier gebitsonderhoud, dan horen de kosten hiervan ook ten laste van de zorgverzekering te komen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte bewoordingen voor de afwijzende beslissing behoorlijk vaag zijn. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van aannames en vermoedens. Verzoekster benadrukt dat sprake is van oligodontie en dat zij van mening is dat zij voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding. Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, heeft verzoekster toegelicht dat het om een driedelige brug op twee implantaten linksonder gaat. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij twee jaar eerder hetzelfde probleem heeft gehad rechtsboven. Ook toen is een brug verloren gegaan door een wortelkanaalbehandeling. De kosten zijn toen wel vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.5. Verzoekster heeft bij brief van 14 november 2022 benadrukt dat zij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 1 november 2022 geen inhoudelijk gemotiveerde beslissing vindt. Het is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere beslissing intern heeft heroverwogen. Verzoekster vindt dit teleurstellend. Verder vindt verzoekster het niet geloofwaardig dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor rechtsboven twee jaar eerder ten onrechte heeft goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft immers lopende de procedure steeds gesteld de voorwaarden en regels goed te kennen en na te leven.
- 4.6. Verzoekster heeft bij brief van 12 december 2022, in reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut, het volgende ter aanvulling aangevoerd. Verzoekster merkt op dat het Zorginstituut heeft verklaard dat onder bepaalde omstandigheden recht op vergoeding bestaat, maar zich hierover verder niet uitspreekt. Ook zegt het Zorginstituut dat als de ontwikkelingsstoornis eenmaal is verholpen op grond van het maatmanbeginsel niet automatisch recht bestaat op vergoeding. Er wordt echter niet vermeld wanneer dan wel recht bestaat op vergoeding.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard zijn afwijzende beslissing te handhaven. Hij licht in dat verband toe dat de zorgverzekering geen dekking mag bieden die ruimer of beperkter is dan hetgeen bij of krachtens de Zvw is voorgeschreven. Volgens artikel 10, onder b, Zvw is de behoefte aan mondzorg een te verzekeren risico. De zorg moet voorts conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, zo blijkt uit artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Artikel 2.7 Bzv regelt de aanspraak op mondzorg. Deze aanspraak is in de verzekeringsvoorwaarden uitgewerkt in artikel 33. Volgens artikel 33, lid 2.4.1, sub a, betreft het hierbij ook bijzondere tandheelkundige zorg. Een indicatie hiervoor kan bestaan in geval van oligodontie.

Als een zodanige indicatie aanwezig is, moet ook nog worden gekeken naar het maatmanbeginsel. Op grond van dit beginsel gaat de aanspraak niet verder dan het compenseren van de onderliggende aandoening tot het niveau van de orale functie die aanwezig zou zijn geweest zonder die aandoening. In dit geval is de aandoening oligodontie. De ziektekostenverzekeraar wijst er hierbij op dat het ontbreken van een aantal gebitselementen niet ongewoon is voor iemand van 63 jaar, de leeftijd van verzoekster. De aangevraagde behandeling valt om die reden onder de reguliere tandheelkundige zorg, waarvoor de zorgverzekering geen dekking kent.

In de brief van 22 juli 2022 aan de commissie merkt de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierbij op dat het niet aannemelijk is dat de brug linksonder bij verzoekster verloren is gegaan als gevolg van de oligodontie. In 2020 en 2021 zijn bij verzoekster in de bovenkaak een aantal kronen vervangen. Hierdoor is het aannemelijk dat de krachten in de mond zodanig zijn gewijzigd dat de brug linksonder mogelijk werd overbelast. Eind 2021/begin 2022 bleek behandeling van element 34 noodzakelijk. Het is algemeen bekend dat een gebitselement ernstig verzwakt door

een endodontische behandeling. Het feit dat een endodontische behandeling aan element 34 moet plaatsvinden, is niet ongebruikelijk.

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor maximaal € 1.500,- per drie kalenderjaren. Verzoekster heeft vanaf 1 januari 2022 weer aanspraak op maximaal € 1.500,- voor implantaten, kronen, brugdelen en/of inlays. Daarnaast bestaat aanspraak op maximaal € 130,- voor een gedeeltelijk kunstgebit en maximaal € 700,- per twee kalenderjaren voor verrichtingen met een B-code.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in de aanvraag de verkeerde nummers staan vermeld voor de elementen. Het betreft linksonder, dus de elementnummers beginnen met een 3. De adviserend tandarts heeft hierover destijds contact gehad met de behandelend tandarts. De ziektekostenverzekeraar heeft benadrukt dat element 34 verloren is gegaan door de endodontische behandeling. Hierbij moest de brug worden doorboord en de brug is hierdoor verloren gegaan. Zonder deze behandeling zou dit niet zijn gebeurd. Voor iedereen geldt dat als een wortelkanaalbehandeling moet plaatsvinden in een pijlerelement van een brug, dat de brug dan verloren gaat. In dat geval moet men zelf de kosten betalen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat er in dit geval geen relatie is met de oligodontie. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat hij zal kijken naar de vergoeding die twee jaar eerder aan verzoekster is verleend voor de brug rechtsboven, en dat hij de commissie hierover zal informeren.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 november 2022 aan de commissie meegedeeld dat hij na intern overleg blijft bij zijn conclusie dat in de onderhavige kwestie geen sprake is van verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat, ondanks dat hij in het verleden een soortgelijke aanvraag onterecht heeft goedgekeurd, dit logischerwijs geen garanties biedt voor toekomstige aanvragen.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 27 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Juridisch kader

Tandheelkundige zorg voor volwassenen maakt geen deel uit van de basisverzekering. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel.

Hierbij moet gedacht worden aan schisis of in ernst daarmee vergelijkbare aandoeningen. Hieronder is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Er dient dan sprake te zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging te zijn van een uitneembare prothese. Een verzekerde komt daarvoor slechts in aanmerking indien hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Daarnaast moet worden voldaan aan het maatmanbeginsel, wat inhoudt dat de aanspraak beperkt is tot het compenseren van de aandoening tot een niveau van (mond)gezondheid dat een verzekerde zou hebben gehad als een bepaalde aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

De brug van verzoekster heeft lang gefunctioneerd en daarmee is de functie van het gebit hersteld op het niveau van een patiënt zonder deze aandoening te brengen. Op grond van het maatmanbeginsel is er niet automatisch weer recht op vergoeding wanneer de oligodontie eens functioneel is hersteld. Dat na endodontologische behandeling van de 34 de pijler niet langer kan functioneren is een complicatie van de behandeling en niet van de oligodontie.

Daarnaast komt het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat alleen voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering wanneer sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Dit is bij verzoekster niet het geval.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van implantaten ten laste van de basisverzekering. Er wordt niet voldaan aan het maatmanbeginsel en bij verzoekster is geen sprake van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak."

- 6.2. In het definitief advies van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken 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. (...)

Het klopt dat er mogelijk aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering is op basis van artikel 2.7, lid 1, van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Een verzekerde kan aanspraak maken op bijzondere tandheelkundige hulp wanneer sprake is van 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.

Op grond van dit artikel kan een implantaat vergoed worden om een ernstige ontwikkelingsstoornis te verhelpen. Als de ontwikkelingsstoornis echter eenmaal is verholpen bestaat er op grond van het maatmanbeginsel niet automatisch recht op vergoeding.

Ook bestaat er aanspraak op een implantaat als er sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. De definitie van een ernstig geslonken kaak betreft een volledig tandeloze kaak waar meestal in de jeugd een volledige prothese is gemaakt en de kaak in de loop der jaren zodanig is geslonken dat een gewone prothese niet genoeg houvast kan vinden (retentie). Hier is in het geval van verzoekster geen sprake van want de kaak is niet volledig tandenloos en een brug is een vaste voorziening. (...)

In het voorlopig advies (zaaknummer 2022000520) staat dat een nieuwe constructie mogelijk voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. Daarbij is aangegeven dat dit slechts mogelijk is als de oorspronkelijke indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp nog bestaat. Dit betekent dat opnieuw beoordeeld moet worden of er recht is op aanspraak. Eerst moet beoordeeld worden of sprake is van een ontwikkelingsstoornis. Dat is bij verzoekster het geval. Wanneer er sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet daarnaast ook nog worden gekeken naar het maatmanbeginsel. Het maatmanbeginsel brengt met zich mee dat de aanspraak slechts reikt tot een niveau van mondgezondheid die de verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Is dit niveau bereikt, dan heeft de verzekerde in beginsel dezelfde aanspraak op mondzorg als elk andere verzekerde. Een implantaat in een betande kaak voldoet niet aan het maatmanbeginsel."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of bij verzoekster een indicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen aan de orde is.

Zorgverzekering

- 8.3. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dit staat in artikel 2.7 Bzv. Artikel 33 lid 2.2.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
- 8.4. Een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg bestaat in drie gevallen:
- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Uit de Nota van toelichting bij artikel 2.7 Bzv volgt dat hierbij moet worden gedacht aan oligodontie, schisis en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen;
 - (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. Hierbij kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als iemand een ziekelijke angst heeft voor de tandarts of als iemand last heeft van epileptische aanvallen. Alleen de meerkosten van de tandheelkundige behandeling worden in deze situaties vergoed. Ook kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige aandoening, waarbij deze aandoening - of de behandeling hiervan - het gebit aantoonbaar heeft verslechterd en de tandheelkundige functie als gevolg hiervan niet kan worden behouden;
 - (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. Hierbij kan worden gedacht aan het ontstekingsvrij maken van de mond voorafgaand aan een behandeling, zoals een operatieve ingreep of een oncologische behandeling, omdat deze ingreep of behandeling anders minder kans van slagen heeft of de kans op ernstige complicaties anders onnodig groot is.
- 8.5. In de situatie van verzoekster is sprake van oligodontie. Dit is een indicatie die aanspraak geeft op bijzondere tandheelkundige zorg. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar ingenomen stelling is de vraag die ter beantwoording voorligt of de aangevraagde behandeling in overeenstemming is met het maatmanbeginsel. De commissie maakt uit de stukken op dat de huidige brug indertijd is geplaatst met toestemming van de vorige zorgverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hier niet over uitgelaten. Daarom wordt het ervoor gehouden dat destijds een aanvraag is gedaan in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg en dat de brug een oplossing vormde voor het probleem van het niet aangelegd zijn van een aantal elementen in de onderkaak. De commissie stelt vervolgens vast dat recent een pijlerelement verloren is gegaan. Dit is kennelijk gebeurd bij een wortelkanaalbehandeling. Zoals door de ziektekostenverzekeraar terecht is opgemerkt, gaat de aanspraak op zorg in het kader van het maatmanbeginsel niet verder dan het compenseren van de onderliggende aandoening tot het niveau van de orale functie die aanwezig zou zijn geweest zonder die aandoening. Het

verlies van het pijlerelement heeft weliswaar geen relatie met de aandoening die moet worden gecompenseerd (oligodontie), maar maakt de huidige brug onbruikbaar. Uitbreiding van deze brug met één element is gezien de leeftijd niet zinvol en deze zal dan ook moeten worden vervangen om verzoekster te compenseren voor de als gevolg van oligodontie niet aangelegde elementen. De indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg is immers blijven bestaan. De aangevraagde behandeling, waarbij twee implantaten worden aangebracht, behelst meer dan het compenseren van de onderliggende aandoening en werd, met het oog op het maatmanbeginsel dan ook terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. Anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen, kent de zorgverzekering geen dekking voor een implantaatbehandeling in het kader van de reguliere tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Integendeel, voor implantaten in een betande kaak is daarvoor in artikel 33 lid 4.2.2. zelfs een expliciete uitsluiting opgenomen.

Ten overvloede merkt de commissie nog op dat de leeftijd van verzoekster in dit verband niet relevant is. Bepalend is de oorzaak van het ontbreken van de elementen. De wetgever heeft willen regelen dat aanspraak bestaat indien dit ontbreken het gevolg is van een aandoening zoals oligodontie.

Eerder toegekende vergoeding voor een zelfde behandeling

- 8.6. Verzoekster heeft ter zitting aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar twee jaar eerder een zelfde behandeling rechtsboven heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit is door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat genoemde vergoeding destijds ten onrechte is verleend. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft gemotiveerd waarom de destijds verleende vergoeding ten onrechte is verleend, noch hoe verzoekster hiervan (eerder) op de hoogte had kunnen zijn. De commissie is daarom van oordeel dat verzoekster er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat zij bij het aanvragen van een zelfde behandeling als eerder is vergoed, wederom een vergoeding zou ontvangen voor de betreffende behandeling.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.7. Aangezien in overweging 8.6 is vastgesteld dat het verzoek wordt toegewezen ten laste van de zorgverzekering, is het niet nodig om de aanvullende ziektekostenverzekering nog te bespreken.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de aangevraagde implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden

Zeist, 8 februari 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

ARTIKEL 33 MONDZORG

LID 1 ALGEMEEN

Bij mondzorg onderscheiden wij:

- a. mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 2 van dit artikel);
- b. mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 3 van dit artikel).
- c. mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zie lid 4 van dit artikel)

LID 2 A. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

LID 2.1 BIJZONDERE ORTHODONTIE

LID 2.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden orthodontische zorg wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is. Dit omvat osteotomie bij de kaakchirurg.

Voor de techniek- en materiaalkosten geldt een maximaal te vergoeden bedrag. Deze maximale vergoedingen staan vermeld op onze website.

LID 2.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere orthodontie te vervallen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder

Deze zorg kan uitsluitend worden geleverd door een zorgverlener die is opgenomen in het register van Specialisten Dento-Maxillaire Orthopaedie (erkende orthodontisten).

LID 2.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.2 MONDZORG IN BIJZONDERE GEVALLEN

LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

- a. een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
- b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
- c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

LID 2.2.2 VOORWAARDEN

Machtiging

- a. Voor bijzondere tandheelkunde moet voorafgaande aan de behandeling toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Bij de aanvraag van de machtiging moet een schriftelijke motivering van de tandarts aanwezig zijn, een behandelingsplan met röntgenfoto en een kostenbegroting.
- b. Voor behandelingen onder narcose dient vooraf bij ons toestemming te zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven.
- c. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen onze machtiging intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, de mondhygiëne ernstig verwaarloosd wordt en/of u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere tandheelkunde te vervallen. Voor meer informatie over machtigingen, zie artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg als bedoeld in lid 2.2.1 van dit artikel betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de afwijking zich niet zou hebben voorgedaan. De extreem angstige verzekerde van 18 jaar of ouder die zijn aanspraken te gelde maakt conform artikel 2.2.1 sub b van dit artikel betaalt altijd een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de extreme angst zich niet zou hebben voorgedaan.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 2.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 B. MONDZORG SPECIFIEK VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Als aanvulling op de in lid 2 genoemde vergoedingen geldt voor verzekerden tot 18 jaar een uitgebreider vergoedingenpakket.

LID 3.1 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, of vaker indien dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen/gebitsreiniging;
- d. fluorideapplicatie, maximaal twee keer per jaar, bij verzekerden vanaf de leeftijd dat de eerste blijvende gebitselementen zijn doorgebroken, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen (zie ook lid 3.3 sub a van dit artikel);
- e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen) (zie ook lid 3.3 sub d van dit artikel);
- f. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische zorg (behandeling van de tandzenuw);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen (vulling);
- j. gnathologische zorg (behandeling van het kaakgewricht);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp (zie ook lid 3.3 sub c van dit artikel).

LID 3.2 TANDVERVANGENDE HULP

Verzekerden jonger dan 23 jaar hebben recht op vergoeding van tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer in zijn geheel ontbrekende blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of tanden het directe gevolg is van een ongeval (zie ook lid 3.3 sub b van dit artikel) en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Zie ook lid 3.3 sub b van dit artikel.

LID 3.3 VOORWAARDEN

Machtiging

- a. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar, zoals genoemd onder lid 3.1 sub d van dit artikel.
- b. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling die valt onder lid 3.2 van dit artikel. De aandoening of het ongeval moet zich hebben voorgedaan vóór het bereiken van de leeftijd van 18 jaar (dus tot en met 17 jaar) en door de hoofdbehandelaar bij de verzekeraar te zijn aangemeld. Er dient door de verzekeraar een machtiging te worden afgegeven voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Deze machtiging kan gebruikt worden tot het bereiken van de leeftijd van 23 jaar. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de betreffende aanspraak te vervallen. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.
Vanwege de complexiteit van dit soort behandelingen wordt uitsluitend een machtiging afgegeven aan daartoe gespecialiseerde mondzorgpraktijken.
- c. Er moet een gemotiveerde aanvraag worden ingediend wanneer een zorgaanbieder een orthopantomogram (X21) wil maken bij een verzekerde onder de 18 jaar. Dit geldt ook voor de codes X24 (schedelfoto), X25 en X26 (3D-foto). Voor een orthopantomogram en andere foto's ten behoeve van orthodontie is geen machtigingseis van toepassing. Dit betreft de prestatiecodes F152A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A en F162A.
- d. Er moet een gemotiveerde aanvraag worden ingediend wanneer bij een jeugdige verzekerde tot 18 jaar er meer dan 22 sealings dienen te worden aangebracht, gerekend vanaf het moment dat de verzekering is afgesloten.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 3.4 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

- a. orthodontie en bijbehorend röntgenonderzoek, tenzij lid 2.1 van dit artikel van toepassing is;
- b. kronen en bruggen, tenzij lid 3.1 sub I van dit artikel van toepassing is;
- c. onder lid 3.1 sub I van dit artikel is geen vergoeding mogelijk om ontbrekende kiezen te vervangen door middel van implantaten;
- d. het gebruik van multifunctionele apparatuur (G74).

LID 3.5 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 C. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

LID 4.1 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) DOOR TANDARTS OF TANDPROTHETICUS

LID 4.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden:

- a. de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig kunstgebit of een volledig noodkunstgebit (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak;
- b. de kosten van de reparatie en/of rebasen (opvullen) van een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.

LID 4.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven wanneer:

- a. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit, vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per onder- of bovenkaak bedragen;
- b. het volledig kunstgebit binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen, met uitzondering van het vervangen van een noodkunstgebit;
- c. wegens technische- of medische redenen noodgedwongen een conventionele gebitsprothese geplaatst moet worden in plaats van een klikgebit en de behandelaar de daarbij komende extra kosten via (declaratie)toeslag nummer P044 in rekening wil brengen;
- d. het volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit gemaakt en geplaatst wordt door een zorgaanbieder die is verbonden aan een CBT.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

- a. Er geldt een eigen bijdrage van 25% de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.
- b. Er geldt eigen bijdrage van 25% van de kosten wanneer het volledig (nood) kunstgebit wordt vervaardigd in een CBT.
- c. Er geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten (inclusief techniekkosten) voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van verzekerde.

LID 4.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4.2 KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)

LID 4.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden het plaatsen van tandheelkundige implantaten en het plaatsen van de drukknoppen of de staaf en het klikgebit:

- a. wanneer er sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; en
- b. wanneer er sprake is van een zeer ernstig geslonken geheel tandeloze kaak en waarbij de implantaten dienen om een uitneembaar klikgebit te bevestigen.

Wij vergoeden de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een klikgebit.

Wij vergoeden de drukknoppen of de staaf en het klikgebit op implantaten en/of het vervangingsklikgebit.

LID 4.2.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Er moet een machtiging worden aangevraagd als een klikgebit binnen 5 jaar wordt vervangen.

Definitief kunstgebit

De zorgkosten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als er eerst een definitief kunstgebit (niet zijnde een aangepast kunstgebit of noodgebit) vervaardigd is.

Uitgesloten van vergoeding

Niet wordt vergoed:

- Implantaten in een betande kaak;
- Het verwijderen van een eenmaal geplaatst implantaat.

Eigen bijdrage

Voor een klikgebit op implantaten gelden de volgende eigen bijdragen:

- *Onderkaak*
10% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten
- *Bovenkaak*
8% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten
- *Onder- en bovenkaak met in één kaak implantaten en in de andere kaak niet*
17% van de kosten voor de gebitsprothesen, inclusief techniekkosten.

De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

Implantaten moeten worden geplaatst door een kaakchirurg of een tandarts-implantoloog.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van de verzekerde.

LID 4.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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