

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202401068

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW U.A. te Schiedam,  
2) DSW Ziektekostenverzekeraar N.V. te Schiedam,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 10 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 oktober 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij e-mailbericht van 22 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van dit e-mailbericht is op 25 november 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 18 december 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024042308) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 18 december 2024, aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 23 januari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 december 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 januari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Omdat verzoeker het niet eens was met het behandelvoorstel van zijn oude tandarts, heeft hij zich tot een andere tandarts gewend. Deze nieuwe tandarts van verzoeker heeft op 23 januari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor verschillende tandheelkundige behandelingen in het kader van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Bij brief van 29 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de ingediende aanvraag beslist.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 18 december 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

### 3. **Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de aangevraagde en inmiddels uitgevoerde tandheelkundige behandelingen te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. In dit verband heeft verzoeker aangevoerd dat hij al meerdere jaren kampt met ernstige gebitsslijtage. Deze slijtage wordt veroorzaakt door tandenknarsen. Om de ontstane schade te herstellen heeft verzoeker in het verleden verschillende tandheelkundige behandelingen moeten ondergaan. Deze behandelingen hebben echter weinig tot geen effect gehad, omdat bij verzoeker sprake is van een grote druk op de kaken waardoor bruggen en vullingen niet lang blijven zitten. Eind 2023 bedroeg de slijtage aan bepaalde elementen al 4 millimeter waardoor zelfs het tandbeen bloot kwam te liggen. De oude tandarts van verzoeker stelde voor om alleen een nieuwe brug te plaatsen, maar gelet op de voorgeschiedenis zag verzoeker dit niet zitten. Via een second opinion is verzoeker uiteindelijk terechtgekomen bij de nieuwe tandarts, en deze heeft veel ervaring met ernstige tandschades. Hij concludeerde dat bij verzoeker sprake was van ernstige slijtage. Dit uit zich in een slijtage volgens de Tooth Wear Index (TWI) van 3 van de elementen 11, 12, 21 en 22. De elementen 16, 13, 23, 24, 25, 27, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42 en 43 hebben een TWI van 2. De elementen 14, 15 en 26 zijn afwezig. De bestaande schade heeft de nieuwe tandarts hersteld door de tandhoogte van de voortanden te verhogen door middel van composiet en aan beide zijden nieuwe bruggen te plaatsen. De totale kosten bedragen ongeveer € 5.000,-. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen. Verzoeker kan zich hierin niet vinden omdat meerdere specialisten hebben verklaard dat bij hem sprake is van ernstige gebitsslijtage. Uit de redactie van de polisvoorwaarden maakt verzoeker op dat tandheelkundige kosten in dat geval worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een richtlijn van het College van Adviserend Tandartsen, maar deze richtlijn wordt niet genoemd in de verzekeringsvoorwaarden zodat deze verzoeker niet kan worden tegengeworpen.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker desgevraagd aangegeven dat hij inmiddels alle aangevraagde behandelingen naar volle tevredenheid heeft laten uitvoeren. Deze behandelingen waren nodig omdat verzoeker in de afgelopen jaren al vanaf 2016 verschillende tandheelkundige behandelingen heeft moeten ondergaan om de gebitsschade als gevolg van bruxisme te verhelpen. Ook het Zorginstituut komt tot de conclusie dat bij verzoeker 4 elementen een TWI van 3 hebben en 16 elementen een TWI van 2. Het is voor verzoeker en zijn behandelend tandarts niet te begrijpen dat een dergelijke vorm van gebitsslijtage niet is aan te merken als bijzondere tandheelkundige zorg. Verzoeker voert verder aan dat niet alleen moet worden gekeken naar richtlijnen, maar ook naar de individuele verzekerde.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat mondzorg alleen kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als er sprake is van een indicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Dit is bijvoorbeeld aan de orde in geval van een ernstige ontwikkelingsstoornis of afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, zoals oligodontie (afwezigheid van tanden of kiezen), schisis (aangeboren spleet in lip, kaak en/of gehemelte), en oncologiepatiënten met gedeeltelijke kaakverwijdering.
- De ziektekostenverzekeraar gebruikt bij de beoordeling of in een individuele situatie een indicatie bestaat de richtlijnen zoals deze zijn opgesteld door het College van Adviserend Tandartsen. Bij een verzekerde met ernstige gebitslijtage kan het herstel onder bepaalde omstandigheden ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Dit is aan de orde in geval van een tandheelkundige functiestoornis die vergelijkbaar is met schisis, namelijk een TWI van 3 of meer bij 8 of meer elementen per kaak. Bovendien mag de slijtage niet fysiologisch zijn, geen uitgestelde zorg omvatten, moet het om niet-carieuze glazuurdefecten gaan, en mag er geen ernstig gemutileerde tandboog zijn. In de situatie van verzoeker is geen sprake van een TWI van 3 of meer bij ten minste 8 elementen per kaak.
- 4.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd begrip te hebben voor de situatie van verzoeker, maar dat hij niet voldoet aan de voorwaarden om voor een vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen. Pas bij een TWI van 3 of meer bij 8 of meer elementen per kaak wordt gesproken van ernstige gebitslijtage. Bij verzoeker was weliswaar sprake van gebitslijtage, maar deze was niet ernstig genoeg.

#### 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 18 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp op grond van art. 2.7, lid 1, sub a van het Bzv moet sprake zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Bij een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel kan onder andere gedacht worden aan ernstige gebitslijtage. Om houvast te hebben bij de beoordeling van aanvragen voor ernstige gebitslijtage heeft het College van Adviserend Tandartsen (CAT) de 'Toetsingsrichtlijn SLIJTAGE / EROSIE bij volwassenen ten behoeve van de adviserend tandarts' opgesteld, waarin criteria zijn geformuleerd voor deze indicatie.*

*Op grond van de Toetsingsrichtlijn moet sprake zijn van een volledig natuurlijk gebit (de eigen tanden) waarbij minstens acht tanden of kiezen per kaak (dus 16 in totaal voor het hele gebit) een slijtage hebben van TWI 3 of hoger.*

*In geval van verzoeker is sprake van vier tanden met een slijtage van TWI 3 of hoger. Verzoeker voldoet hierdoor niet aan de indicatiecriteria zoals gesteld in de Toetsingsrichtlijn van het CAT. Bij verzoeker is derhalve geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel.*

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor een tandheelkundige behandeling waarbij de tandhoogte van de voortanden [is] verhoogd door middel van composiet en aan beide zijden nieuwe bruggen zijn geplaatst. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een tandheelkundige behandeling ten laste van de basisverzekering.

#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor een tandheelkundige behandeling waarbij de tandhoogte van de voortanden [is] verhoogd door middel van composiet en aan beide zijden nieuwe bruggen zijn geplaatst 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 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg, en meer specifiek de tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, en die over het 'redelijkerwijs aangewezen zijn 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.

#### Zorgverzekering

- 7.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 33 lid 2.2. van de toepasselijke voorwaarden, aanspraak op mondzorg, indien sprake is van een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv waarin is opgenomen dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is in drie gevallen, namelijk indien:
  - a) 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) 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 zou hebben voorgedaan;
  - c) 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 zou hebben voorgedaan.

In de situatie van verzoeker spelen de onder b en c vermelde indicaties niet.

- 7.3. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv gaat het om het herstel van schade aan het gebit als gevolg van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven (dus niet-aangeboren) afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, leidend tot het verlies van de tandheelkundige functie. Dit is onder andere aan de orde in geval van ernstige gebitsslijtage. Om de zorgverzekeraars bij de beoordeling handvatten te geven, heeft het College van Adviserend Tandartsen (CAT) de 'Toetsingsrichtlijn Protocol Slijtage/Erosie bij volwassenen ten behoeve van de adviserend tandarts' opgesteld. De criteria die zijn genoemd in deze richtlijn worden niet alleen door de zorgverzekeraars, maar ook door het Zorginstituut gebruikt bij de beoordeling of sprake is van ernstige gebitsslijtage. De commissie neemt deze dan ook tot uitgangspunt.

Op grond van de Toetsingsrichtlijn van het CAT kan pas worden gesproken van ernstige gebitsslijtage bij een volledig natuurlijk gebit (de eigen tanden) waarbij ten minste 8 elementen per kaak (dus 16 in totaal voor het hele gebit) een slijtage hebben van TWI 3 of hoger. Het Zorginstituut concludeert in het voorlopig advies van 18 december 2024 dat bij verzoeker sprake is van 4 elementen met een slijtage van TWI 3 of hoger. Op basis van de beschikbare informatie

in het dossier kan daarom niet worden geconcludeerd dat verzoeker een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Verzoeker kan om die reden geen aanspraak maken op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering.

- 7.4. Door verzoeker is gesteld dat de Toetsingsrichtlijn van het CAT hem niet kan worden tegengeworpen, nu deze niet in de verzekeringsvoorwaarden wordt genoemd. De commissie merkt hierover op dat uit de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende wetgeving blijkt dat de verworven aandoening moet leiden tot verlies van de tandheelkundige functie. In het geval van verzoeker beperkt de ernstige slijtage - ten minste TWI 3 - zich tot de elementen 11, 12, 21 en 22, zodat een dergelijk functieverlies niet aan de orde is. Verzoeker heeft geen andere argumenten aangevoerd waarom de ingrepen aan zijn gebit ten laste van de zorgverzekering zouden moeten komen. De commissie ziet daarom geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Nu verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen hoeft de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde en inmiddels uitgevoerde tandheelkundige behandelingen niet te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

*Slotom*

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2025,

B.L.A. van Drunen

**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

### **LID 2.1.3 UITSLUITINGEN**

Niet vergoed wordt:

- a. het gebruik van multifunctionele apparatuur en de bijbehorende consulten (declaratiecodes: G74/G76);
- b. het documenteren en bespreken van gegevens uit een elektronische chip die is geplaatst in uitneembare apparatuur (declaratiecodes: F611B en F611C).

### **LID 2.1.4 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 ZORGCOSTEN**

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*

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

- a. voor bijzondere tandheelkunde. 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.
- c. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen).

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen een 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 een eigen bijdrage.

### *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 Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

Behandelingen voor kaakgewrichtsklachten (OPD-B) worden uitsluitend vergoed wanneer deze worden uitgevoerd door een tandarts-gnatholoog of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

## **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, niet zijnde melktanden) (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) voor zover is voldaan aan de voorwaarden zoals gesteld door de NZa in de geldende tariefbeschikking 'Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg'



---

# 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, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

## Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
  - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
  - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
  - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken 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 tandheerkundig 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 tandheerkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheerkundige 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 tandheerkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheerkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
  - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheerkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige 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.