

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401645

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te D, hierna te noemen: verzekerde,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 11 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 5 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 februari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 25 februari 2025 respectievelijk 3 maart 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025003392) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 maart 2025 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.
- 1.5. Bij brief van 24 april 2025 heeft de commissie het Zorginstituut verzocht de volgende vragen te beantwoorden:
 - (1) Op grond van de indicatieve lijst kan sprake zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel bij oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren. Vervolgens gaat het Zorginstituut ervan uit dat hiermee het ontbreken van totaal zes niet-aangelegde gebitselementen worden bedoeld. Kunt u deze laatste aanname nader toelichten?
 - (2) Kunt u toelichten of wij de regeling zo moeten begrijpen dat een verzekerde alleen aanspraak heeft als er ten minste zes elementen ontbreken en een verzekerde waarbij bijvoorbeeld alleen

drie elementen in één kwadrant ontbreken geen aanspraak heeft? Ook al leidt het ontbreken daarvan tot een tandheelkundig functieprobleem.

(3) Kunt u uitleggen of in het geval van verzekerde sprake is van een tandheelkundig functieprobleem en hoe dit zich verhoudt tot de stelling van verzekerde dat wordt voldaan aan de criteria van de indicatieve lijst?

- 1.6. Bij brief van 29 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht en bovenstaande vragen beantwoord. Een kopie hiervan is op 30 april 2025 aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-GeZZin (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Bij brief van 4 juni 2024 heeft de behandelend orthodontist het volgende over verzekerde verklaard:

"Bij deze vraag ik bij u vergoeding aan vanuit de basiszorgverzekering van de orthodontische diagnostiek en behandeling van bovenstaande patiënt aangezien de diagnose voldoet aan de criteria zoals vastgelegd in de indicatieve lijst (zie bijlage).

De diagnose dd. 04-06-2024 luidt namelijk:

lichte distorelatie, neiging divergent, absoluut smalle bovenkaak, distomolaarocclusie (re:1/2pb, li: 1pb), SOS -1 tot +2mm / VOS 3mm en steil bovenfront, ALD bovenkaak +10mm / onderkaak - 3mm, agenesie 12 / 15 / 25 / 45, dunne symphyse, vertraagde ontwikkeling 22 (met afwijkende kroonvorm maar goede radix), persisterende 82.

Het voorgestelde behandelingsplan ziet er als volgt uit:

later, in 2025, hyrax 3-6 wk 1x / dag (totaal 4 mnd), extr. 55 / 65 (+ 52/62/82 indien nog aanw.), TPA + high-pull headgear 's nachts, vaste apparatuur 2,5 - 3 jaar, doel: openen tpm 12 + 1pb disto, endo + autotr. 31 -> loc 12 + opb. '12' / 22, retentie: 2 x spalk, Hawley en IOR OK"

- 2.3. Bij de ziektekostenverzekeraar is op 4 juli 2024 ten behoeve van verzekerde een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling. Bij brief van 10 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 28 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 29 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden alsnog toestemming te verlenen voor de ten behoeve van verzekerde aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat verzekerde volgens de behandelend orthodontist een orthodontische behandeling nodig heeft omdat hij in totaal vier elementen mist, waarvan twee in één kwadrant. Daarmee voldoet hij volgens de behandelend orthodontist aan de voorwaarden om voor vergoeding van de behandeling ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten daarnaast afgewezen aangezien geen sprake zou zijn van medediagnostiek. Dit is echter niet juist, omdat vanwege de autotransplantatie weldegelijk medediagnostiek heeft plaatsgevonden. Bij e-mailbericht van 12 december 2024 heeft verzoekster de behandelend orthodontist verzocht hierover iets te verklaren, maar tot op heden heeft zij van deze geen reactie mogen ontvangen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij een orthodontische behandeling alleen ten laste van de zorgverzekering mag vergoeden als hiervoor een verzekeringsindicatie bestaat. Dit is aan de orde als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Tevens is medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde vereist. De orthodontische behandeling moet noodzakelijk zijn om de normale functie van het gebit te behouden of te verkrijgen.
De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft de overgelegde stukken beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat de orthodontische afwijking van verzekerde niet kan worden aangemerkt als een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis als bedoeld in de regelgeving. Bij verzekerde ontbreken slechts twee elementen (12 en 15) in het eerste kwadrant. Daarnaast betreft de gevraagde zorg alleen tandheelkundige zorg en is van medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden geen sprake. Dit betekent dat de kosten niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.
- 4.2. Bij brief van 5 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het enkele feit dat een aandoening voorkomt op de 'Indicatieve lijst' niet direct betekent dat ook aanspraak bestaat op orthodontische hulp in bijzondere gevallen. Hetzelfde geldt voor het ontbreken van twee elementen in één kaakhelft. In het geval van verzekerde bestaat tevens geen aanspraak omdat, als eerder gesteld, niet wordt voldaan aan de eis van medebehandeling of medediagnostiek door andere disciplines dan de tandheelkundige. Voor zover verzoekster stelt dat dit laatste wel heeft plaatsgevonden, omdat met de kaakchirurg overleg is gevoerd over de autotransplantatie, geldt dat dit niet voldoende is. Er heeft immers geen overleg plaatsgevonden over de kaakafwijking.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Op grond van de indicatieve lijst kan sprake zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel bij oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren. Het Zorginstituut gaat er van uit dat hiermee in totaal zes niet-aangelegde gebitselementen worden bedoeld: vier in één kaak én twee of meer gebitselementen in één kwadrant. Als een verzekerde

deze aandoening heeft dient in het individuele geval beoordeeld te worden of ook daadwerkelijk een ernstige functiestoornis bestaat.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat bij verzekerde de elementen 12, 15, 25 en 45 ontbreken, waarvan 12 en 15 zich in één kwadrant bevinden. Bij verzekerde is geen sprake van oligodontie zoals omschreven op de indicatieve lijst, nu bij verzekerde vier gebitselementen niet-aangelegd zijn en niet minimaal zes. Daarnaast blijkt uit de beschikbare informatie niet dat er andere factoren aanwezig zijn waaruit blijkt dat [de] afwijking van verzekerde qua ernst vergelijkbaar is met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. Er kan derhalve niet worden vastgesteld dat verzekerde lijdt aan een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Verder blijkt uit het dossier niet dat medediagnostiek en medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is bij de aangevraagde orthodontie.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandeling van verzekerde ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzekerde heeft geen (verzekerings)indicatie voor orthodontische hulp."

- 5.2. In het definitief advies van 29 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Oligodontie en aanspraak op orthodontie

Uit artikel 2.7 lid 3 van het Besluit zorgverzekering blijkt dat een verzekerde slechts aanspraak kan maken op orthodontische hulp wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Hierbij kan onder meer worden gedacht aan oligodontie, waarbij het aantal niet aangelegde gebitselementen zo groot is, dat hier een ernstige functiestoornis uit voortvloeit.

Op grond van de indicatieve lijst kan sprake zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel bij oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren (verstandskiezen). Het Zorginstituut gaat er van uit dat hiermee in totaal zes niet-aangelegde gebitselementen worden bedoeld: vier in één kaak én twee of meer gebitselementen in één kwadrant.

Uit de literatuur volgt namelijk dat er bij oligodontie sprake moet zijn van minstens zes niet-aangelegde gebitselementen, waarbij de verstandskiezen (derde molaren) niet worden meegerekend. In veel gevallen is er hierbij ook sprake van een zeer ernstige functiestoornis, maar dit dient individueel te worden beoordeeld. Het voorkomen van een aandoening op de Indicatieve lijst op zich, geeft niet automatisch aanspraak op bijzondere orthodontische hulp. Er dient per geval beoordeeld te worden of sprake is van een zeer ernstige functiestoornis. Er kan immers ook een zeer ernstige functiestoornis bestaan als er minder dan zes elementen niet-aangelegd zijn. Dit wordt dan echter geen oligodontie meer genoemd. Het antwoord op de tweede vraag is daarom ontkennend.

Beoordeling geschil

Bij verzekerde zijn er vier gebitselementen niet aangelegd, waardoor er bij verzekerde geen sprake is van oligodontie. Vervolgens is beoordeeld of in het individuele geval sprake is van een zeer ernstige functiestoornis. Zoals reeds aangegeven in het voorlopig advies blijkt uit de beschikbare informatie niet dat er andere factoren aanwezig zijn waaruit blijkt dat [de] afwijking van verzekerde qua ernst vergelijkbaar is met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. Op basis van de beschikbare informatie kan dan ook niet worden vastgesteld dat verzekerde lijdt aan een ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waaruit een zeer ernstige functiestoornis voortvloeit.”

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 4.6 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), 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.

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Uit de Nota van Toelichting bij dit artikel volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een ‘indicatieve lijst’ opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een verzekeringsindicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de ‘indicatieve lijst’ als richtsnoer om vast te stellen of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat betrokkene niet uitsluitend door de orthodontist mag worden behandeld.
- 7.3. De ‘indicatieve lijst’ noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer 'oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren'. Verzoekster heeft, onder verwijzing naar een verklaring van de behandelend orthodontist, gesteld dat verzekerde hieraan voldoet, omdat bij hem de elementen 12, 15, 25 en 45 ontbreken, waarvan de 12 en 15 zich in één kwadrant bevinden.
Het Zorginstituut merkt in het voorlopig advies van 12 maart 2025 op dat bij verzekerde geen sprake is van oligodontie zoals omschreven op de ‘indicatieve lijst’, omdat bij hem vier gebitselementen niet-aangelegd zijn en niet minimaal zes. In het definitief advies van 29 april 2025 licht het Zorginstituut dit aantal van zes toe en stelt hij vast dat bij verzekerde niet kan worden gesproken van oligodontie. Dit neemt niet weg dat een zeer ernstige functiestoornis ook aan de

orde kan zijn als minder dan zes elementen niet zijn aangelegd. Het Zorginstituut concludeert vervolgens dat uit de beschikbare informatie niet naar voren komt dat er bij verzekerde andere factoren aanwezig zijn waaruit blijkt dat de tandheelkundige afwijking qua ernst vergelijkbaar is met de aandoeningen zoals genoemd op de 'indicatieve lijst'. Er kan derhalve niet worden vastgesteld dat verzekerde lijdt aan een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, aldus het Zorginstituut.

Aangezien verzoekster die conclusie van het Zorginstituut niet gemotiveerd heeft bestreden, neemt de commissie deze over. Dit betekent dat verzekerde geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Tot slot kan in het midden blijven of aan de voorwaarde van medebehandeling of medediagnostiek door een andere discipline dan de tandheelkundige is voldaan, aangezien dit niet zal leiden tot een andere uitkomst.

Slotsom

7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 juni 2025,

J.J.M. Linders

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

- het maken en beoordelen van kaakoverzichtsfoto's;
- alle zorg voor de mesostructuur (drukknop of steg) en/of een prothese op implantaten, waarbij de zorgverlener handelt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Orale Implantologen (NVOI);
- het plaatsen van implantaten door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de volledige prothese op implantaten die ouder is dan vijf jaar moet door een niet-gecontracteerde tandarts of niet-gecontracteerde tandprotheticus aangevraagd worden.

De tandarts of de tandprotheticus dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken als:

- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.4 Mondzorg in bijzondere gevallen

U kunt bijzondere mondzorg krijgen bij een ernstige aandoening waardoor u zonder die zorg uw tanden en kiezen niet voldoende kan gebruiken.

18.4.1 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige zorg als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of later gekregen afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
- een medische behandeling moet ondergaan, waarvan het resultaat mede afhankelijk is van tandheelkundige zorg.

U heeft hierbij (tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen) recht op narcose-of lachgasbehandelingen, wanneer dit een onderdeel is van een angstreductietraject.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen inclusief eventuele narcose- of lachgasbehandelingen wanneer dit onderdeel is van een angstreductietraject. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou worden gebracht als geen sprake was van mondzorg in bijzondere gevallen.

18.4.2 Implantaten in een tandeloze kaak

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en als deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Wat zijn de voorwaarden?

Implantaten mogen alleen worden aangevraagd en geplaatst door een tandarts of kaakchirurg.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou worden gebracht als geen sprake was van mondzorg in bijzondere gevallen.

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van orthodontische zorg als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor toestemming aan Zorg en Zekerheid bevat ook een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling orthodontie in bijzondere gevallen is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor orthodontie in het algemeen tot 18 jaar. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

18.5 Medisch noodzakelijk verblijf

Verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals omschreven in artikel 18 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg:

- a. een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- b. in afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

18.6 Tandheelkundige implantaten jonger dan 23 jaar

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van tandvervangende hulp met niet-plastische materialen (kronen en bruggen) alsmede tandheelkundige implantaten ter vervanging van:

- ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd;
Of;
- als direct gevolg van een ongeval ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden.

Wat zijn de voorwaarden?

- de verzekerde is jonger dan 23 jaar;
- de noodzaak van de zorg is vastgesteld voordat de verzekerde 18 jaar is geworden;
- er is geen sprake van "Mondzorg in bijzondere gevallen" zoals bedoeld in artikel 18.4.1.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling is geen eigen bijdrage verschuldigd.

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 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.