

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202600279

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 12 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 8 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 april 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 juni 2026 respectievelijk 3 juni 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 28 mei 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026007650) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 juni 2026 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Ongevallendekking Fysio & Tand en CZdirect Fysio 9+ (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Ten behoeve van verzoekster is door de behandelend orthodontist op 24 september 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling.

- 2.3. Bij brief van 27 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor de orthodontische behandeling is afgewezen. De eveneens aangevraagde kaakchirurgische behandeling (osteotomie) is door hem eerder wel akkoord bevonden.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 17 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 28 mei 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde orthodontische behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat een orthodontische behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt als sprake is van een zeer ernstige afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Dit is bij verzoekster aan de orde, aangezien de behandelend specialisten hebben vastgesteld dat bij haar een skeletale klasse II-malocclusie met mandibulaire retrognathie, een overjet van 8,5 mm en een overbeet van 3 mm aanwezig zijn. De klachten die verzoekster hiervan ervaart uiten zich in een verminderende kauwfunctie, lipincompetentie, chronische mondademhaling (met als gevolg recidiverende stembandpoliepen) en kaakgewrichtsklachten. Volgens de behandelend kaakchirurg en orthodontist kunnen deze klachten alleen worden verholpen door het uitvoeren van een gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling. De kaakoperatie is door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd, maar zonder het orthodontische traject kan deze niet worden uitgevoerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar dienen het kaakchirurgische en het orthodontische traject los van elkaar te worden beoordeeld. Juridisch gezien mag dit dan wel zo zijn, maar het kan niet zo zijn dat als een verzekerde kampt met een ernstige skeletale aandoening, alleen de kaakchirurgische ingreep wordt vergoed, terwijl de specialisten zeggen dat er ook een orthodontische behandeling dient te worden uitgevoerd om de tandheelkundige functie te herstellen.
- 3.3. Gelet op de erkende ernstige skeletale afwijking, de multidisciplinaire behandeling, de aantoonbare functionele beperkingen, en de noodzakelijke samenhang tussen orthodontie en kaakchirurgie verzoekt verzoekster de commissie te oordelen dat de orthodontische behandeling in haar situatie moet worden aangemerkt als bijzondere tandheelkunde in de zin van artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering en daarom voor vergoeding in aanmerking komt. De commissie dient daarbij in acht te nemen dat zowel uit eerdere uitspraken als uit adviezen van het Zorginstituut blijkt dat de zogenoemde 'indicatieve lijst' niet limitatief is. Ook een combinatie van afwijkingen kan volgens het Zorginstituut betekenen dat bij een verzekerde kan worden gesproken van een ernstige functiestoornis als bedoeld in artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Dit laatste is bij verzoekster aan de orde.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag voor de orthodontische behandeling terecht door hem is afgewezen. Er gelden namelijk verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling. De aanspraak op kaakchirurgie moet worden beoordeeld aan de hand van de criteria voor medisch specialistische zorg. Een orthodontische behandeling is daarentegen een tandheelkundige ingreep en hiervoor gelden strengere criteria. Orthodontie is in beginsel geen verzekerde prestatie op grond van de

Zorgverzekeringswet. Alleen als er een indicatie is tot bijzondere tandheelkundige hulp, kan orthodontie vanuit de basisverzekering worden vergoed. Dit is aan de orde indien er sprake is van een zeer ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Tevens moet daarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Voor de bepaling van de ernst van de afwijking wordt gebruik gemaakt van een 'indicatieve lijst'.

- 4.2. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft de overgelegde medische stukken van verzoekster beoordeeld en heeft zijn bevindingen in zijn brief van 17 december 2025 uiteengezet. De conclusie is dat bij verzoekster geen sprake is van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis die in ernst vergelijkbaar is met oligodontie, een schisis of een (gedeeltelijke) resectie van kaakdelen als gevolg van oncologie. Wel bestaat een beperkte skeletale afwijking met retrognatie van de onderkaak, zonder evidente asymmetrieën of transversale discrepanties. Deze skeletale afwijking dient te worden gecorrigeerd door middel van een osteotomie en hiervoor is door de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring voor afgegeven. Specifiek voor de orthodontische behandeling geldt dat de bij verzoekster aanwezige afwijkingen niet overeenkomen met de indicaties genoemd op de 'indicatieve lijst' en dat deze ook niet in ernst vergelijkbaar zijn met de indicaties op die lijst.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 28 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Aanspraak osteotomie

Het Zorginstituut merkt allereerst het volgende op over de beoordeling van orthodontie en osteotomie. Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling en deze worden los van elkaar getoetst. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling.

Voor orthodontische hulp gelden strenge criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Voor osteotomie gelden deze specifieke criteria niet. Uit de brief van 8 april 2026 blijkt dat verweerder de osteotomie bij verzoekster heeft goedgekeurd, zodat het Zorginstituut hierover niet zal adviseren.

Orthodontie

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). De afwijkingen bij verzoekster zijn qua ernst niet vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst.

Op de indicatieve lijst staan geen voor verzoekster klinisch van toepassing zijnde criteria. Bij verzoekster is geen sprake van een van de congenitale afwijkingen, ziekten en verworven afwijkingen met zeer ernstige malocclusie tot gevolg vergelijkbaar in ernst genoemd in de indicatieve lijst.

Ook de klachten zoals stembandpoliep, logopedische problemen, gewrichts- en spierklachten, lipinterpositie en een incompetente mondsluiting, los of in combinatie met de andere door de orthodontist en/of kaakchirurg beschreven klachten, geven geen ernstig functieverlies en daarmee geen recht op aanspraak.

Op basis van de informatie in het dossier kan niet objectief worden vastgesteld dat verzoekster lijdt aan [een] andere zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoekster kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding daarvan.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. Er is geen reactie van partijen op het voorlopig advies en de commissie heeft geen aanleiding gezien een nader advies aan het Zorginstituut te vragen. Daarom is dit advies als definitief advies te beschouwen.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en de orthodontische behandeling. De kaakchirurgische operatie is een medisch-specialistische behandeling, terwijl de orthodontie een tandheelkundige behandeling betreft. Een verzekeringsindicatie voor kaakchirurgie betekent niet dat ook een verzekeringsindicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Anders dan verzoekster stelt, betreft het twee verschillende verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld, aan de hand van de onderscheiden voorwaarden. Ten aanzien van de kaakchirurgische ingreep geldt dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 april 2026 heeft verklaard de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil zodat beoordeling van de aanspraak op dit punt achterwege kan blijven. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten van de eveneens aangevraagde orthodontische behandeling terecht heeft afgewezen. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.3 van de voorwaarden zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Aanspraak op deze vorm van zorg bestaat in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt dat het

moet gaan om een situatie vergelijkbaar met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij de verzekerde een verzekeringsindicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

- 7.4. In zijn advies aan de commissie van 28 mei 2026 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel. Op de 'indicatieve lijst' staan geen voor verzoekster klinisch van toepassing zijnde criteria. Bij verzoekster is geen sprake van een van de congenitale afwijkingen, ziekten en verworven afwijkingen met zeer ernstige malocclusie tot gevolg vergelijkbaar in ernst met de aandoeningen genoemd in de 'indicatieve lijst'.

Ook de klachten zoals (recidiverende) stembandpoliepen, logopedische problemen, gewrichts- en spierklachten, lipinterpositie en een incompetente mondsluiting, los of in combinatie met de andere door de orthodontist en/of kaakchirurg beschreven klachten, geven geen ernstig functieverlies en daarmee geen recht op aanspraak, aldus het Zorginstituut.

Verzoekster heeft de impact van voornoemde klachten op haar dagelijks leven toegelicht. De commissie begrijpt dat de huidige situatie door haar persoonlijk als belastend wordt ervaren. Hier wil de commissie dan ook niet aan voorbij gaan. Echter, deze omstandigheid kan, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 28 mei 2026, niet ertoe leiden dat van de zeer strikte voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op orthodontie ten laste van de zorgverzekering wordt afgeweken. De commissie volgt daarom het advies van het Zorginstituut en neemt dit over. Dit betekent dat in de situatie van verzoekster geen aanspraak bestaat op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2026,

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

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts
- Tandarts-implantoloog

De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor het plaatsen van een of meer implantaten in de bovenkaak
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Voor de onderkaak beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is altijd een akkoordverklaring nodig. Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor orthodontie in bijzondere gevallen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
Er is altijd sprake van een zeer ernstige stoornis waarbij medebehandeling van een kaakchirurg of andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig
- Bij prothetische nabehandeling is een behandelplan nodig
Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling een prothetische nabehandeling nodig is, moet een vooraf een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw orthodontist of tandarts voor orthodontie, die voldoet aan de extra eisen van de VTvo, meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Tandarts voor orthodontie die voldoet aan de extra eisen van de VTvo
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37*, H38* en H39)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811B*)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811C*)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

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 tandheeskundig 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 tandheeskundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheeskundige 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 tandheeskundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheeskundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheeskundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskundige 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.