

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202501691

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 18 oktober 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 november 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 16 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 januari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 9 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026001668) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 februari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2026 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 7 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 9 februari 2026 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies toe te lichten waarom het Zorginstituut, anders dan de behandelend specialist, tot de conclusie is gekomen dat sprake is van Cawood klasse 3.
Bij brief van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 april 2026 aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid om inhoudelijk verweer te voeren geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten: Extra Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster heeft een tandeloze onderkaak en draagt sinds enige tijd een noodprothese. De prothese geeft veel klachten en verzoekster is geadviseerd om deze te vervangen door een overkappingsprothese op twee implantaten. Namens verzoekster is hiertoe bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend. Bij brief van 23 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 9 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 21 april 2026 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 de kosten te vergoeden van de inmiddels uitgevoerde tandheelkundige behandeling bestaande uit het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak.
- 3.2. Verzoekster heeft ter onderbouwing aangevoerd dat zij met de vervaardigde noodprothese veel klachten ervoer, waaronder pijnklachten, moeite met kauwen en slecht kunnen praten. Volgens de behandelend specialisten diende de prothese te worden vervangen door een overkappingsprothese op twee implantaten. De door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde oplossing om een goede prothese te vervaardigen is niet realistisch, aangezien volgens de behandelend specialisten alleen een combinatie van implantaten en een overkappingsprothese de bestaande klachten kan verhelpen.
- 3.3. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat de noodprothese dermate los zat dat zij niet normaal meer kon eten of spreken. Deze klachten zorgden ervoor dat er iets moest gebeuren. Omdat het volgens de behandelend kaakchirurg niet mogelijk was om een reguliere gebitsprothese te vervaardigen met voldoende houvast en functie, heeft verzoekster ervoor gekozen de implantaatbehandeling al te laten uitvoeren. Bij deze keuze is verzoekster afgegaan op de expertise van haar behandelaars.
Verder is door verzoekster opgemerkt dat de communicatie met de ziektekostenverzekeraar zeer stroef is verlopen. Alles is digitaal gegaan en op haar vraag om opgeroepen te worden op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar is niet gereageerd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn e-mailbericht van 14 augustus 2025 toegelicht dat het aanbrengen van implantaten alleen voor vergoeding in aanmerking komt in geval van een ernstig geslonken kaak en er sprake is van een volledige uitneembare prothetische voorziening. Hoewel er tandheelkundig gezien een indicatie is voor een implantaat gedragen gebitsprothese, komt deze uitsluitend voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking als de kaak ernstig is geslonken én er een relevant prothetisch verleden is. Op het moment dat een verzekerde te maken heeft met retentieproblemen of andere factoren waardoor de prothese niet goed blijft zitten dan valt dit buiten de aanspraak. Retentieproblemen van de prothese bij een edentate kaak

zijn alleen een vergoedingsgrond in geval van een zeer ernstig geslonken kaak. Dit volgt uit artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering, maar is eerder ook nadrukkelijk bevestigd door het Zorginstituut (bron: *Aanspraak implantaat gedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep*, 1 maart 2016).

- 4.2. Het voorgaande betekent dat, nog daargelaten dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van een ernstig geslonken kaak, een implantaatbehandeling alleen kan worden vergoed als redelijkerwijs de plaatsing van een adequaat functionerende reguliere gebitsprothese niet meer mogelijk is. Het moet namelijk aannemelijk zijn dat er retentieproblemen bij het dragen van de prothese zijn, die worden veroorzaakt door de zeer ernstig geslonken edentate kaak. Dit kan alleen voldoende objectief worden aangetoond, door eerst een goede reguliere prothese te laten maken. Het aanbrengen van implantaten is alleen aangewezen als er, ondanks deze technisch goed uitgevoerde prothese, toch sprake is van een ernstig functieprobleem. Het moet komen vast te staan dat de prothetische mogelijkheden om het retentieprobleem op te lossen zijn uitgeput. Concreet betekent dit dat ondanks dat een goede prothese is vervaardigd de verzekerde toch veel problemen ervaart. Dit laatste is bij verzoekster niet aan de orde aangezien zij thans de beschikking heeft over een noodprothese. Het is gebruikelijk dat een dergelijke prothese in het begin wordt vervaardigd en dat later, als de kaak verder is geslonken, er een definitieve prothese volgt. Een definitieve prothese is voor verzoekster nog niet vervaardigd zodat zij op dit moment geen aanspraak heeft op een implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar nader uiteengezet dat verzoekster, voordat de implantaatbehandeling werd uitgevoerd, alleen een noodprothese heeft gehad. Hierdoor kan niet worden aangenomen dat zij niet uit zou kunnen met een reguliere gebitsprothese. Dit laatste dient te allen tijde eerst te worden geprobeerd. Belangrijker in het onderhavige geschil is echter dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van een ernstig geslonken kaak en dit laatste is dan ook de belangrijkste reden dat de aanvraag is afgewezen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 9 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Voor aanspraak op implantaten geldt dat sprake moet zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en dat door deze ernstige kaakresorptie geen tandheelkundig[e] functie kan worden behouden, gelijkwaardig aan die van iemand in vergelijkbare omstandigheden, maar zonder deze aandoening (maatmanbeginsel). Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoekster sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. Op de röntgenfoto’s van 28 mei 2025 van verzoekster is een goed gevormde onderkaak te zien met Cawood klasse 3. Ook de bothoogte is ten tijde van het onderzoek hoger dan 20 millimeter. Verzoekster voldoet daarom niet aan de voorwaarden voor vergoeding van implantaten ten behoeve van een uitneembare prothese.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. Het plaatsen van twee implantaten in de onderkaak komt hiermee niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering.

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 het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak.”

- 5.2. In het definitief advies van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“U stelt in uw brief van 7 april 2026 de vraag of toegelicht kan worden waarom het Zorginstituut, anders dan de behandelend specialist van verzoekster, tot de conclusie is gekomen dat er sprake is van Cawood klasse 3.

Op de klinische foto op pagina 27 van het dossier is te zien dat bij de verzoekster, in de onderkaak, de boven botrand afgerond is. Op basis van de röntgenfoto op pagina 35 van het dossier kan gesteld worden dat de bothoogte bewaard is (ongeveer 3 cm) en dat komt overeen met een Cawood klasse 3.

Uit het verslag en het aanvullende stuk komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.”

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 zorgverzekering biedt dekking voor het aanbrengen van implantaten, als bij de verzekerde sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een (volledige) uitneembare prothese. Dit staat in artikel 2.7, tweede lid, Bzv. Artikel B.12.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. In artikel 2.7, tweede lid, Bzv wordt verwezen naar het eerste lid, onderdeel a. Hier is bepaald dat bij de verzekerde sprake moet zijn van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel 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.
- 7.3. De onderkaak van verzoekster is sinds 2024 tandeloos. Met betrekking tot de vraag of deze kaak ook ernstig is geslonken, concludeert het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 9 februari 2026 aan de commissie dat dit bij verzoekster niet het geval is. Op de röntgenfoto's van 28 mei 2025 is een goed gevormde onderkaak te zien met een bewaarde bothoogte van ongeveer 3 centimeter. Dit laatste komt overeen met Cawood klasse 3 en betekent dat verzoekster niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, aldus het Zorginstituut. In het definitief advies van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut voorgaande conclusie op verzoek van de commissie toegelicht en bevestigd. Het eerdere advies, te weten dat verzoekster geen aanspraak heeft op het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak, wordt gehandhaafd.

- 7.4. In hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name haar verwijzing naar de bestaande klachten en het advies van haar behandelaars, ziet de commissie geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Ten aanzien van de klachten die zich voordeden heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster voorheen de beschikking had over een noodprothese, die was bedoeld voor de periode waarin de kaak nog verder slinkt. Er is vervolgens geen goede definitieve prothese voor de onderkaak vervaardigd en geplaatst. Retentieproblemen, anders dan door een ernstig geslonken kaak, geven geen aanspraak op het aanbrengen van implantaten ten laste van de zorgverzekering, zo stelt de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft hier weliswaar tegen ingebracht dat het vervaardigen en plaatsen van een definitieve reguliere prothese in haar geval niet realistisch is, maar zij heeft deze blote stelling noch onderbouwd noch van bewijsstukken voorzien.
- De commissie volgt daarom het advies van het Zorginstituut, wat betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak 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, 1 juni 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- 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.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) dat door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is erkend
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.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt over deze behandelingen

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
 - Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)
 - Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)
 - Uitwendig bleken per kaak (code K003)
 - Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

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

Plaatsen implantaat in tandeloze kaak (artikel B.12.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor plaatsen implantaat in tandeloze kaak.
- 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: 75% van uw rekening tot maximaal 75% 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
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) dat op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt

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.

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.