

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202302774

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag van 19 juli 2024 voor een orthodontiebehandeling ten laste van de zorgverzekering goed te keuren. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker in het verleden orthodontische behandelingen heeft gehad, waardoor nu geen sprake meer is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, leidend tot een ernstig functieprobleem in het kader van zijn schisis.
- 1.2. De commissie overweegt dat de aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.3. 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. Uit de Nota van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. 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. Het voorgaande is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. De commissie overweegt verder dat het Zorginstituut in zijn advies van 4 juni 2024 heeft opgemerkt dat het oorspronkelijke functieprobleem van verzoeker (de palatoschisis) is verholpen, waardoor die indicatie niet meer aanwezig is. Getoetst dient te worden of er een nieuw functieprobleem is ontstaan. In dat verband geldt dat bij verzoeker weliswaar een groeistoornis bestaat, maar geen mesiorelatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm. Hiermee is geen sprake van een zeer ernstige functiestoornis van het tand-kaak-mondstelsel, aldus het Zorginstituut. De commissie ziet in het door verzoeker gestelde geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat hij geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Het verzoek wordt daarom afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 30 april 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 21 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 21 mei 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 4 juni 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024020645) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 juni 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 augustus 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 20 augustus 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 juni 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 26 augustus 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering NaturaDirect (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZdirect Aanvullend 3 en CZdirect Tand 1 - 75% (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 3.2. Verzoeker is geboren met een palatoschisis en heeft op de leeftijd van vier maanden hiervoor een operatie ondergaan. Hij is hierna tot zijn 18e jaar onder behandeling geweest bij het schisis-team van het Radboud UMC. In verband met problematiek die voortkomt uit de palatoschisis heeft de behandelend orthodontist namens verzoeker twee keer een aanvraag voor een orthodontiebehandeling bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 3.3. Bij brief van 26 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de eerste aanvraag - eveneens van 26 juni 2023 - is afgewezen.
- 3.4. Namens verzoeker is op 19 juli 2023 een tweede aanvraag voor een orthodontiebehandeling bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Deze is via het online machtigingsportal Vecozo door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat de aangevraagde behandeling geen relatie heeft met de schisis.
- 3.5. Bij brief van 25 juli 2023 heeft de behandelend orthodontist over verzoeker verklaard: *"Onlangs hebben wij voor u een machtiging voor orthodontie bij uw verzekering aangevraagd. Helaas heeft uw verzekering de aanvraag voor de tweede keer afgewezen. Uw orthodontist is van mening dat er wel recht is op vergoeding vanuit de basisverzekering en verzoekt u bezwaar te maken omdat de huidige problematiek zeker een gevolg is van uw palatoschisis. Er is sprake van*

een mesio-relatie (onderontwikkelde bovenkaak) en er is wel degelijk een omgekeerde frontocclusie (SOB 1 mm op 12 tot 0 mm op 22 tot -2 mm op 23).(…)"

- 3.6. Verzoeker heeft bij brief van 21 september 2023 de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 27 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
 - 3.7. Bij brief van 5 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
 - 3.8. Bij brief van 26 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.
- 4. Standpunt verzoeker**
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag van 19 juli 2024 voor een orthodontiebehandeling ten laste van de zorgverzekering goed te keuren.
 - 4.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 21 september 2023 verklaard dat hij vanwege schisis de aangevraagde orthodontiebehandeling nodig heeft. Volgens hem is de huidige problematiek een complicatie van zijn palatoschisis. Hij stelt dat bij hem sprake is van een mesio-relatie (onderontwikkelde bovenkaak) en van een omgekeerde frontocclusie (SOB 1 mm op 12 tot 0 mm tot -2 mm op 23). De onderontwikkelde bovenkaak is volgens verzoeker niet hersteld tijdens de voorgaande orthodontiebehandelingen. Het eindresultaat is zijns inziens niet te vergelijken met de situatie van iemand die zonder schisis is geboren. De vorige orthodontiebehandelingen hebben geen blijvend resultaat opgeleverd en hebben niet geresulteerd in een status quo, omdat het werkelijke probleem, de onderontwikkelde bovenkaak, niet is opgelost. Ook heeft verzoeker verklaard dat de afwijking in de 'indicatieve lijst orthodontie' is opgenomen en dat hij om die reden aanspraak heeft op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
 - 4.3. Bij brief van 6 februari 2024 heeft de behandelend orthodontist een verklaring afgegeven. Verzoeker is geboren met een palatoschisis. Hij is hiervoor in het verleden behandeld maar door zijn verdere groei en ontwikkeling is op dit moment een herstel- dan wel vervolgbehandeling noodzakelijk ter preventie van verdere slijtage en andere klachten van zijn dentitie. De orthodontist heeft de problematiek van verzoeker toegelicht en heeft verklaard dat de diagnose van verzoeker uitgebreid is en dat de malocclusie door de aangeboren schisis fors wordt beïnvloed. In het behandelplan is niet gekozen voor een osteotomie. Het voorliggende behandelplan met extractie van een onderincisief is voor verzoeker minder invasief, minder risicovol en aanzienlijk goedkoper voor de gezondheidszorg. De behandelend orthodontist heeft verklaard het onbegrijpelijk te vinden dat de aanvraag wordt afgekeurd, omdat er geen osteotomie plaatsvindt.
 - 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij is geboren met een schisis. Dit is gesloten toen hij een half jaar oud was. Rond zijn 12^e/13^e jaar kreeg hij een beugel. Deze behandeling heeft plaatsgevonden, omdat zijn tanden scheef stonden. Dus niet zozeer als gevolg van de schisis. De toenmalige behandelend orthodontist heeft de tanden visueel recht gezet. Voor zover verzoeker weet is hierbij geen rekening gehouden met de schisis. Later zijn de tanden scheef gaan staan: zijn kaken zijn niet gelijk en hierdoor is het hele gebit scheef gaan staan. Twee jaar tot een jaar geleden heeft hij daarover twee orthodontisten geraadpleegd. Deze zeiden dat dit het gevolg is van de schisis, en dat hij hieraan iets moet laten doen omdat het anders erger wordt. De orthodontist heeft een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, maar deze wordt steeds afgewezen, omdat zijn gebit al eens is rechtgezet. Het voelt niet eerlijk, omdat hij wel een orthodontische behandeling heeft gehad, maar daarbij was geen rekening gehouden met de schisis. Nu kampt hij wel met problemen als gevolg van die schisis. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft verzoeker toegelicht dat zijn bovenkaak korter is dan die van iemand

zonder schisis. Dus destijds had de orthodontist de kaak naar voren moeten brengen en één element moeten trekken. Er is toen wel visueel een goed resultaat bereikt, maar niet een duurzame oplossing ten gevolge van de schisis.

Verzoeker heeft verder opgemerkt dat zijn onderkaak aan één kant naar voren is gaan staan en zijn tanden scheef gaan staan. In de bovenkaak is een gekke golf ontstaan; hij zag zelfs in zijn gezicht dat het scheef ging staan. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft verzoeker opgemerkt dat er volgens hem een functioneel probleem is. Hij heeft verklaard dat er tijden zijn geweest met hoofdpijn, maar dat dit ook het gevolg van knarsen of een veranderde beet kan zijn. Ook zijn er tanden die verder zijn afgesleten dan anders. Hij kan ook zijn tanden niet goed verzorgen, want er is een soort kruishouding. Vaak bloedt hij als hij zijn tanden goed wil verzorgen. Hij heeft moeite met speeksel binnen houden en hij had pijn bij het knelpunt in zijn onderkaak.

Verzoeker heeft verder opgemerkt dat de orthodontist heeft aangeraden om een chirurgische ingreep te laten plaatsvinden. Dat zij zo goed is dat zij alleen één tand hoeft te trekken voor de behandeling, betekent niet dat een chirurgische ingreep niet nodig was.

Verzoeker heeft verklaard dat zijn hoektand voorbij zijn bovengebitt komt, maar dat de ziektekostenverzekeraar dit niet ziet. Dit geldt ook voor de golf in zijn gebit. Tot slot heeft verzoeker opgemerkt dat het voor hem lastig voelt. Hij begrijpt nu dat de wetgeving heel streng is.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 26 juni 2023 verklaard dat verzoeker in het verleden orthodontische behandelingen heeft gehad, waardoor nu geen sprake meer is van een ernstig functieprobleem in het kader van zijn schisis. Een orthodontische behandeling zou daarom vanuit een aanvullende ziektekostenverzekering kunnen worden vergoed, dan wel voor rekening van verzoeker moeten komen. In het kader van de afwijzing van de tweede aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aangevraagde orthodontiebehandeling geen relatie heeft met de schisis. De functieproblematiek die daarmee samenhangt is in het verleden hersteld tot een vergelijkbare situatie als voor iemand zonder de afwijking. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat de huidige aanvraag van de orthodontist daarom - zoals elke andere aanvraag voor orthodontie - zelfstandig moet worden beoordeeld. Volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van een *end-to-end front* relatie, waarbij hij verwijst naar de röntgenfoto's. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat reeds tweemaal eerder aanvragen van verzoeker zijn beoordeeld conform de aanspraak op bijzondere tandheelkunde en dat deze toen zijn afgewezen. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat bij schisis geen levenslange aanspraak op orthodontie.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 november 2023 gesteld dat orthodontie ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed als sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit is het geval bij:

- een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel,
- waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde noodzakelijk is, en
- het gebit zonder die tandheelkundige zorg de normale functie niet kan behouden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat uit verschillende bindende adviezen van de commissie blijkt dat een orthodontische behandeling alleen kan worden vergoed in zeer ernstige gevallen. Het moet gaan om een aandoening die een ernstige functiestoornis oplevert, vergelijkbaar met bijvoorbeeld oligodontie (het aangeboren ontbreken van ten minste 6 tanden of kiezen) of een schisis. Daarnaast moet, als gezegd, sprake zijn van medediagnostiek of behandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij de beoordeling, of sprake is van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel zoals bedoeld in artikel B.12.3. van

de verzekeringsvoorwaarden, de 'indicatieve lijst van bijzondere orthodontie' (hierna: indicatieve lijst) als richtlijn wordt gehanteerd. Deze indicatieve lijst is opgesteld door het College van Adviserend Tandartsen (CAT) in samenspraak met de Nederlandse hoogleraren orthodontie.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts verklaard dat de adviserend tandarts de aanvraag heeft beoordeeld en hierbij heeft vastgesteld dat bij verzoeker geen sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis. De palatoschisis komt weliswaar op de indicatieve lijst voor, maar volgens de behandelend orthodontist is de palatoschisis gesloten. Dit blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar ook uit de aangeleverde informatie. Verder is verzoeker in het verleden al orthodontisch behandeld en is functieherstel uitgevoerd met een implantaat en kroon bij element 12. Volgens de ziektekostenverzekeraar is na het functieherstel in het verleden de aanspraak op bijzondere tandheelkunde vervallen. Bij een nieuwe aanvraag moet worden beoordeeld of het oorspronkelijke probleem nog steeds aanwezig is (verlengde aanspraak). Ook moet worden beoordeeld of mogelijk een nieuw ernstig functieprobleem is opgetreden. Van het een, noch het ander is volgens de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker sprake. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar dat van medebehandeling door een andere discipline dan de tandheelkundige niet is gebleken. Er is gekozen voor een non-chirurgische optie, zodat een osteotomie - waarbij een kaakchirurg betrokken is - niet nodig is.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn brief van 28 februari 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, de aanvraag en afwijzing uit 2021, röntgenfoto's, aangezichtsfoto's en scans van het gebit van verzoeker overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de verklaring van de orthodontist van 6 februari 2024 zijn standpunt niet wijzigt. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de vorige orthodontiebehandeling het probleem met de onderontwikkelde bovenkaak niet heeft verholpen, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit ook met de voorgestelde behandeling niet het geval zijn. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de diagnose van de behandelend orthodontist niet helemaal juist is. Er zou sprake zijn van een neutro- en mesio-occlusie (SOB 1 mm op 12 tot 0 mm op 22 tot -2 mm op 23), maar op de röntgenfoto's is overal een positieve overjet zichtbaar. Ook ziet hij geen kruisbeet bij element 23. De hoektand linksonder staat buiten de boog en het onderfront is in protrusie. Voor het behandelen van het onderfront wordt één incisief (snijtand) verwijderd. De redenering dat een mesio-relatie door een onderontwikkeling in de bovenkaak kan worden behandeld door één snijtand in de onderkaak te verwijderen, is volgens de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat sprake is van een functie herstelde gesloten palatoschisis, zodat bij verzoeker geen ernstig functieprobleem conform de aanspraak op bijzondere tandheelkunde meer bestaat.
- 5.6. In zijn brief van 21 mei 2024, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat sinds de brief van 27 november 2023 geen nieuwe informatie is aangeleverd en hij geen houvast ziet om de orthodontie vanuit de zorgverzekering te vergoeden. Het Zorginstituut zal vanuit zijn adviesrol de juistheid van de afwijzende beslissing bevestigen.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij begrijpt dat als de orthodontist adviseert dat behandeling nodig is, dat verzoeker dit wil laten doen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag niet is afgewezen, omdat verzoeker eerder een orthodontische behandeling heeft gehad, maar omdat de schisis destijds al is behandeld, is gesloten. Nu is er een verzoek om vergoeding van een orthodontische behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat dan beoordeeld wordt of er nu een functiestoornis is. Er is wel een standsafwijking en er is een bijzondere medische achtergrond door de schisis, maar de vraag is of er een ernstige standsafwijking bestaat en een functiestoornis aanwezig is. Het Zorginstituut heeft opgemerkt dat er wel een standsafwijking bestaat, maar deze is niet ernstig genoeg. Er is nu ook geen chirurgische correctie aangevraagd. Dat is ook een voorwaarde voor bijzondere orthodontie ten laste van de zorgverzekering. Vaak als het ernstig genoeg is voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering is ook sprake van medebehandeling door een chirurg. Voor een vergoeding ten laste van de zorgverzekering

op grond van bijzondere tandheelkunde is het onvoldoende dat de situatie een gevolg is van schisis. De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt dat verzoeker heeft verklaard dat de orthodontist heeft aangeraden om een chirurgische ingreep te laten plaatsvinden. Dat zij zo goed is dat zij alleen één tand hoeft te trekken voor de behandeling, betekent niet dat een chirurgische ingreep niet nodig was. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat dit wel een voorwaarde is. De ziektekostenverzekeraar kan niet vooruitlopen op een eventuele verslechtering van het gebit. Hij heeft verder verklaard dat knarsen en slijtage geen aanspraak geven op orthodontie ten laste van de zorgverzekering. Er is geen indicatie aanwezig zoals genoemd in de indicatieve lijst, of één die in ernst vergelijkbaar is. En er vindt geen chirurgische ingreep plaats. Er is wel iets te behandelen, maar er wordt niet voldaan aan de strenge voorwaarden van de zorgverzekering, waaronder ook de indicatieve lijst. Er moet sprake zijn van een standsafwijking klasse 3, als het minder is, is het geen ernstige functiestoornis. Dan zit het niet in het basispakket of er nu wel of niet sprake is van een schisis. Er is geen sprake van een verzekeringsindicatie. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de overheid heeft besloten dat heel veel is uitgesloten bij orthodontie, zelfs als het zeer nuttig is om te behandelen. Hij ziet dat er problemen zijn, maar het is niet ernstig genoeg.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 4 juni 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) De palatoschisis van verzoeker is in het verleden behandeld inclusief een implantaat met kroon ter plaatse van de kleine snijtand rechts (tand 12). Het functieprobleem van verzoeker is hiermee verholpen, de groei- en ontwikkelstoornis is behandeld. De oorspronkelijke indicatie is derhalve niet meer aanwezig.

Nu het eerdere functieprobleem van verzoeker (de palatoschisis) is verholpen, dient getoetst te worden of er opnieuw een ernstige functiestoornis is ontstaan. Bij verzoeker is sprake van een groeistoornis, echter is geen sprake van een mesiorelatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm (zoals genoemd op de indicatieve lijst). Hiermee is geen sprake van een zeer ernstige functiestoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde orthodontische behandeling. Er is bij verzoeker geen sprake van een zeer ernstige functiestoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering.

Advies

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

- 6.2. In het definitief advies van 26 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Uit het verslag 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."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg, meer specifiek orthodontie in bijzondere gevallen, 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.
- 8.2. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.3. 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. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt dat het hierbij moet gaan om bijvoorbeeld een schisis of een situatie die daarmee in ernst vergelijkbaar is. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een (verzekerings)indicatie 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 tandheilkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de verzekerde niet uitsluitend door de orthodontist mag worden behandeld. Het voorgaande is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv.
- 8.3. De commissie overweegt dat het Zorginstituut, in zijn advies van 4 juni 2024, heeft opgemerkt dat het oorspronkelijke functieprobleem van verzoeker (de palatoschisis) is verholpen, waardoor die indicatie niet meer aanwezig is. Getoetst dient te worden of er een nieuw functieprobleem is ontstaan. In dat verband geldt dat bij verzoeker weliswaar een groeistoornis bestaat, maar geen mesiorelatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5mm. Hiermee is geen sprake van een zeer ernstige functiestoornis van het tand-kaak-mondstelsel, aldus het Zorginstituut. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name zijn stellingen dat eerdere orthodontische behandelingen het probleem met de onderontwikkelde bovenkaak niet hebben opgelost en dat is gekozen voor een minder invasieve behandeling (dat wil zeggen: zonder een osteotomie, uitgevoerd door een kaakchirurg), geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 8.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 september 2024,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).

- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

- Een diëtist verleent de zorg.
- Een diëtist die aangesloten is bij ParkinsonNet verleent de zorg bij de ziekte van Parkinson.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft; en/of

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
- Reparatie of vervanging van een beugel door eigen schuld (codes F811B* en F811C*)

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u heeft hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een tandarts of kaakchirurg;
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een orthodontist of door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of sedatie wordt deze verleend door een bevoegde zorgverlener:
 - in een door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - waarmee wij voor deze behandeling afspraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten, heeft u voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor de zorg onder B.12.1.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw tandarts en een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak heeft. Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg 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.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor orthodontie in bijzondere gevallen (B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Mondzorg tot 18 jaar bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12., uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2x per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);

- k. uitneembaar volledig kunstgebit (conventionele gebitsprothese), al dan niet op implantaten, of een gedeeltelijk kunstgebit;
- l. vervangen van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Dit is nodig omdat één of meer van deze blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat deze ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- o. Intake nieuwe patiënt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze of soortgelijke zorg extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- De zorg omvat niet:
 - kronen, bruggen, implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij- of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd);
 - orthodontische hulp en bijbehorende röntgenfoto's, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61) behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - uitwendig bleken van tanden (code E97);
 - slijpen en/of behandelen melkelement (code M05);
 - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
 - eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32);
 - behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*);
 - plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.3);
 - orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (codes H38 en H39);
 - uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012);
 - het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*).

- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent jonger dan 18 jaar.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u heeft hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een tandarts,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugd tandverzorging,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor medisch specialistische zorg,
- een bevoegde tandprotheticus (met verwijzing van een tandarts indien sprake is van een volledig kunstgebit op implantaten of een gedeeltelijk kunstgebit).
- het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), codes H38 en H39.

Zorg van artikel B.13.a t/m f en i (voor zover daartoe bevoegd) kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het gaat om:
 - het vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
- het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), codes H38 en H39. De aanvraag wordt gedaan door het hoofd van het behandelteam met het speciale aanvraagformulier voor deze behandeling.
- Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan.
Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is,
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor deze zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - kaakoperatie (osteotomie);
 - plaatsen van een tandheelkundig implantaat.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.
- U moet een akkoordverklaring van ons hebben voor mondzorg die u krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. omvat de zorg:

- a. Kaakchirurg (medisch specialistische zorg) omvat mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie en bestaat uit:
 - specialistische chirurgische mondzorg;
 - daarbij behorend röntgenonderzoek;
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
- b. Kunstgebit (uitneembare volledige gebitsprothesen):
dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van:
 - een uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een tijdelijke uitneembare volledige (immediaat-) gebitsprothese; of
 - een uitneembare volledige vervangingsprothese; of
 - een uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen voor de boven- en/of onderkaak;
 - een vergoeding van 90% van de kosten voor reparatie en/of het rebasen van:
 - een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese, al dan niet op tandheelkundige implantaten.
- c. Kunstgebit op implantaten (volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt). Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 90% voor de overkappingsprothese voor de onderkaak; of
 - een vergoeding van 92% voor de overkappingsprothese voor de bovenkaak.
- d. Kunstgebit op eigen boven- of onderkaak (uitneembare conventionele volledige gebitsprothese) tezamen met kunstgebit op implantaat op de andere kaak (uitneembare volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt), gezamenlijk gedeclareerd door middel van code J080. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit een vergoeding van 83% voor beide kunstgebitten. Voor de bijbehorende mesostructuur is de vergoeding 90% indien deze geplaatst wordt in de onderkaak of 92% indien deze geplaatst wordt in de bovenkaak.
- e. Implantaat met kroon voor verzekerden tot en met 22 jaar: vervangen van snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u

deze tanden mist als direct gevolg van een ongeval voor uw 18-jarige leeftijd.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - parodontale chirurgie door een kaakchirurg (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
 - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
 - ongecompliceerde extracties;
 - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel bij apneu;
 - orthodontie die onder de fronttandvervanging valt (zie artikel B.14.e.) als deze nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten.
- U heeft geen hogere aanspraak dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet:
 - de wettelijke eigen bijdrage van 25% voor een kunstgebit (volledige prothese), immediaatprothese, vervangingsprothese of overkappingsprothese;
 - de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor reparatie en/of rebasen van uw volledige gebitsprothese;
 - de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor een overkappingsprothese op een implantaat voor de onderkaak, van 8% voor de overkappingsprothese op een implantaat voor de bovenkaak of van 17% voor een uitneembaar kunstgebit in combinatie met een kunstgebit op implantaten.

In een aanvullende verzekering kan deze zorg wel verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.

Zorgverlener

- De medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. wordt verleend door een kaakchirurg.
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. wordt verleend door:
 - een tandarts of
 - een tandprotheticus of
 - een bevoegde zorgverlener verbonden aan

- een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
- een tandprotheticus als het gaat om:
 - het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten of op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen);
 - het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak (al dan niet op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen).
- De mondzorg met betrekking tot de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt, zoals genoemd in artikel B.14.c., wordt verleend door:
 - een tandarts, of
 - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - een tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen naar een tandprotheticus.
- De mondzorg voor verzekerden tot en met 22 jaar met betrekking tot het vervangen van tanden en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:
 - een tandarts, of;
 - een kaakchirurg als het gaat om het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een tandarts, orthodontist of huisarts als u mondzorg nodig heeft van een kaakchirurg of een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- het gaat om deze zorg door een kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - een kaakoperatie (osteotomie).
- 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.
- het gaat om verzekerden tot en met 22 jaar voor het vervangen van tanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als gevolg

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.