

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema

Zaaknummer: 202401680

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 16 september 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 16 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. De brief van 13 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024038601) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting, op 30 december 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 maart 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 november 2024 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht te reageren op de stelling van verzoeker dat door de complexiteit van zijn tandheelkundige situatie een verzekeringsindicatie bestaat voor orthodontie in bijzondere gevallen. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut in voornoemde brief verzocht toe te lichten of na de uit te voeren osteotomie een functiestoornis zal bestaan die maakt dat is voldaan aan de voorwaarden voor bijzondere orthodontie. De kauwfunctie zal na de osteotomie immers niet goed zijn.
Bij brief van 21 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 maart 2025 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij brief van 28 maart 2025 en e-mailbericht van 1 april 2025 hebben respectievelijk verzoeker en de ziektekostenverzekeraar op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ING 8 Fysio+ en ING Tand 300 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

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

2.2. Bij brief van 14 mei 2024 heeft de behandelend orthodontist het volgende over verzoeker verklaard:

“Onlangs zag ik [naam], geboren [geboortedatum], wonende [adres] en constateerde een: KL II, 1, met:

- reeds behandeld op 10-jarige leeftijd, met plan om later osteotomie uit te voeren*
- ongunstige verticale groei*
- bimaxillaire retrognathie*
- "pseudo" diepe beet*
- sagittale overbeet; SOB = 5 mm.*
- verticale overbeet; VOB = 4 mm.*
- opgelijnde tandbogen, reeds 4 premolaar-extractie uitgevoerd*
- convex, retrognaath profiel.*

Op 10-jarige leeftijd werd door mij en Prof. Dr. [naam], kaakchirurg beoordeeld dat de afwijking niet met functionele apparatuur behandeld zou kunnen worden. Een osteotomie op latere leeftijd werd toen als enige optie gezien. En zo zie ik het nu ook nog steeds.

Destijds werd wel met vaste apparatuur behandeld om twee mooie tandbogen te maken. (vaste apparatuur + 4 pre-molaar-extractie)

Ik zal nu patiënt wederom oproepen voor het gezamenlijk, multidisciplinair spreekuur met de kaakchirurgen [naam] en [naam] om de mogelijkheden te bespreken.

Voorlopig behandelplan:

- 1. Vaste apparatuur*
- 2. Bimaxillaire osteotomie, beide kaken naar ventraal, wellicht met kin-plastiek*
- 3. Finishing + detaillering"*

2.3. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 mei 2024 en 22 mei 2024 ten behoeve van verzoeker aanvragen gedaan voor respectievelijk een kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en een orthodontische behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 mei 2024 aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde osteotomie is goedgekeurd. Bij brief van eveneens 30 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de orthodontische behandeling afgewezen.

2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 15 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.5. Bij brief van 13 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.6. Bij brief van 21 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden alsnog toestemming te verlenen voor de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat de kosten van een gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling volgens de ziektekostenverzekeraar ten laste van de zorgverzekering kunnen komen als sprake is van een zeer ernstige afwijking, die vergelijkbaar is met schisis. In de situatie van verzoeker is dit aan de orde. Er is bij hem door de orthodontist namelijk vastgesteld dat een complexe tandheelkundige situatie bestaat. Dit vanwege ongunstige verticale groei, bimaxillaire retrognathie, een "pseudo" diepe beet, een sagittale overbeet (SOB) van 5 mm en een verticale overbeet (VOB) van 4 mm.
- Dit alles tezamen maakt dat al vanaf 10-jarige leeftijd duidelijk was dat op latere leeftijd een uitgebreide kaakchirurgische en orthodontische behandeling zou moeten volgen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat volgens het Zorginstituut ook een combinatie van afwijkingen kan 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 doet zich bij verzoeker voor.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij niet meer goed kan eten en pijn heeft in zijn mond. Medio 2024 is hij bij de orthodontist en de kaakchirurg geweest teneinde hier iets aan te laten doen. De kaakchirurg heeft hem toen meegedeeld dat de problemen kunnen worden verholpen door een kaakoperatie uit te voeren. Deze kan echter alleen slagen als er eerst een jaar een beugel wordt gedragen. Deze beugel heeft dus niets te maken met bijvoorbeeld de overbeet, maar houdt uitsluitend verband met de operatie. De orthodontische behandeling is hiermee dan ook onlosmakelijk verbonden. Het is tegen die achtergrond voor verzoeker niet te begrijpen dat de kosten van de orthodontische behandeling niet door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed.
- 3.4. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoeker dat hierin weliswaar wordt erkend dat de 'indicatieve lijst' niet limitatief is en dat er ook andere factoren kunnen zijn die maken dat een verzekeringsindicatie bestaat, maar bij de besluitvorming gaat het Zorginstituut hier totaal aan voorbij. Ook gaat het Zorginstituut voorbij aan de stelling dat na het uitvoeren van de kaakchirurgische ingreep er een tandheelkundig functieprobleem (de kauwfunctie is niet goed) overblijft. Om dit functieprobleem te verhelpen is verzoeker aangewezen op een orthodontische behandeling.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de behandelend kaakchirurg en orthodontist tot een medische indicatie voor een gecombineerd behandeltraject van kaakchirurgie en orthodontie hebben geconcludeerd. De ziektekostenverzekeraar moet echter beoordelen of ook een verzekeringsindicatie bestaat. Dit is aan de orde als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Hierbij is medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde noodzakelijk. De orthodontische behandeling moet nodig zijn om de normale functie van het gebit te behouden of te verkrijgen.
- De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft de overgelegde stukken beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat de orthodontische afwijking van verzoeker niet kan worden aangemerkt als een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis als bedoeld in de regelgeving. Daarom is vergoeding ten laste van de zorgverzekering niet mogelijk.
- 4.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een kaakchirurgische ingreep een geneeskundige behandeling betreft en als zodanig moet worden beoordeeld. Een orthodontische behandeling is daarentegen een tandheelkundige behandeling. Een verzekeringsindicatie voor de kaakchirurgische ingreep betekent niet zonder meer een verzekeringsindicatie voor een orthodontische behandeling. Zoals ook het Zorginstituut in het voorlopig advies van 13 november 2024 concludeert, heeft verzoeker voor die behandeling geen verzekeringsindicatie.
- 4.3. Bij e-mailbericht van 1 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld geen aanleiding te zien op het definitief advies van het Zorginstituut te reageren.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 13 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De aanvraag voor een osteotomie is goedgekeurd door verweerder, de aanvraag voor orthodontie niet. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling. Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, of een verworven afwijking van het tand- kaak- mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Bij het bepalen of sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak- mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat bij verzoeker geen sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak- mondstelsel. De afwijking van verzoeker is qua ernst niet vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. Zo spreekt de indicatieve lijst van een VOB (open beet) van 13 mm. Bij verzoeker is de VOB 4 mm.

Conclusie

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

Het advies

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

5.2. In het definitief advies van 21 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen. 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.

U verzoekt in uw begeleidende brief het Zorginstituut in het definitief advies aandacht te besteden aan het volgende:

- *de stelling van verzoeker dat door de complexiteit van zijn tandheelkundige situatie een indicatie bestaat voor orthodontie in bijzondere gevallen;*
- *de vraag of er na de uit te voeren osteotomie een functiestoornis zal bestaan die maakt dat is voldaan aan de voorwaarden voor bijzondere orthodontie, omdat de kauwfunctie niet goed zal zijn.*

Complexiteit van de tandheelkundige situatie

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 van het College Adviserend Tandartsen. Het voorkomen van een aandoening op de indicatieve lijst op zich, geeft niet automatisch aanspraak op orthodontische hulp. Er wordt altijd op individueel niveau beoordeeld of een aandoening op de indicatieve lijst ook leidt tot een zeer ernstige functiestoornis bij de verzekerde. Naast het beoordelen of een aandoening voorkomt op de indicatieve lijst, wordt ook op basis van de beschikbare informatie in het dossier beoordeeld of er andere factoren aanwezig zijn waaruit blijkt dat de tandheelkundige aandoening bij de verzekerde qua ernst vergelijkbaar is met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. De indicatieve lijst is namelijk niet limitatief.

Bij verzoeker is, naast de in het voorlopig advies genoemde VOB, ook geconstateerd dat er andere complicerende factoren aanwezig zijn, zoals een bimaxillaire retrognathie. Deze factoren zijn niet zodanig ernstig dat er wordt voldaan aan het criterium van zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Derhalve kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet geconcludeerd worden dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp.

Functiestoornis na osteotomie

Voor vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering is vereist dat sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Dat de behandeling van de functionele skelettale aandoening op een bepaald moment orthodontische behandeling vereist, maakt niet dat er een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis van het tandkaak-mondstelsel bestaat. Voorafgaand aan de osteotomie moet de ontwikkelings- of groeistoornis aanwezig zijn. Verzoeker zal derhalve ook na het uitvoeren van de osteotomie niet aan de voorwaarden voor vergoeding van orthodontische hulp voldoen”

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 tandheelkundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie merkt allereerst op dat er een verschil is tussen de vergoeding van de kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en de orthodontische behandeling. De osteotomie is een geneeskundige behandeling, terwijl de orthodontie een tandheelkundige behandeling betreft. Omdat voor geneeskundige behandelingen andere voorwaarden gelden dan voor tandheelkundige behandelingen, moet ook los van elkaar worden beoordeeld of vergoeding mogelijk is. Een verzekeringsindicatie voor kaakchirurgie betekent dus niet automatisch dat er ook een verzekeringsindicatie is voor orthodontie in bijzondere gevallen.
Wat betreft de aangevraagde osteotomie geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen en dat de kosten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hierover verschillen partijen niet van mening zodat de commissie alleen hoeft te beoordelen of de ziektekostenverzekeraar de eveneens aangevraagde orthodontische behandeling terecht heeft afgewezen. De commissie overweegt het volgende.
- 7.3. 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 een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een ‘indicatieve lijst’ opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een verzekeringsindicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de ‘indicatieve lijst’ als richtsnoer.

Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de verzekerde niet uitsluitend door de orthodontist mag worden behandeld. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv.

- 7.4. Gelet op het voorgaande bestaat alleen aanspraak op vergoeding van een orthodontische behandeling als deze tot doel heeft een tandheelkundig functieprobleem als gevolg van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel te verhelpen. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat de ‘indicatieve lijst’ niet limitatief is en dat ook bij een combinatie van indicaties sprake kan zijn van een zeer ernstig tandheelkundig functieprobleem. Volgens verzoeker is dit laatste bij hem aan de orde. Uit het voorlopig advies van 13 november 2024 en het definitief advies van 21 maart 2025 volgt dat dit standpunt niet door het Zorginstituut wordt gedeeld. Opgemerkt wordt dat de tandheelkundige situatie van verzoeker niet is aan te merken als een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis als bedoeld in de voorwaarden. De afwijking van verzoeker is qua ernst niet vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de ‘indicatieve lijst’. Zo spreekt de ‘indicatieve lijst’ van een VOB (open beet) van 13 mm. Bij verzoeker is de VOB 4 mm. Dit betekent dat bij verzoeker geen verzekeringsindicatie bestaat voor een orthodontische behandeling, aldus het Zorginstituut. De commissie volgt het Zorginstituut in zijn conclusie op dit punt.
- 7.5. Verzoeker heeft daarnaast aangevoerd dat de orthodontische behandeling niet (alleen) noodzakelijk is om de aanwezige combinatie van tandheelkundige afwijkingen te corrigeren, maar ook onverbrekkelijk onderdeel is van de kaakchirurgische behandeling. Hij heeft toegelicht dat de osteotomie alleen kan plaatsvinden als hij eerst een jaar een beugel heeft gedragen. Hiervoor werd al uiteengezet dat voor de vergoeding van de kaakchirurgische behandeling andere criteria gelden. In dit geval is verzoeker kennelijk redelijkerwijs op een osteotomie aangewezen vanwege een ernstige skelettale aandoening. Van de behandeling daarvan maakt, als gezegd, een eventueel orthodontisch voortraject geen deel uit. Hetzelfde heeft te gelden voor het orthodontisch natraject. Het Zorginstituut is hierop in het definitieve advies ingegaan onder het kopje ‘Functiestoornis na osteotomie’. De stelling van verzoeker dat het Zorginstituut eraan voorbijgaat dat na de osteotomie een orthodontische behandeling moet volgen treft geen doel. In het advies wordt ter zake gesteld: *“Voorafgaand aan de osteotomie moet de ontwikkelings- of groeistoornis aanwezig zijn. Verzoeker zal derhalve ook na het uitvoeren van de osteotomie niet aan de voorwaarden voor vergoeding van orthodontische hulp voldoen.”* De commissie volgt het Zorginstituut ook op dit punt in zijn conclusie en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 april 2025,

H.A.J. Kroon

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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 de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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 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 bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reguliere mondzorg (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Periodiek onderzoek.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Verwijderen tandsteen.
- Aanbrengen fluoride vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen.
- Aanbrengen van een beschermend laklaagje op bovenkant kies (sealingsfissuurlak).
- Behandeling van steunweefsel van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg).
- Restaureren (vullen) van tand of kies met plastisch materiaal.
- Intake nieuwe patiënt.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor reguliere mondzorg .
- 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 de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

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 bepaalde mondzorg.
Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u een akkoordverklaring nodig als het gaat om:
de behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg).

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.

- Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.). heeft u altijd een akkoordverklaring nodig.
- Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties
 - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
 - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

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.