

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501898

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 8 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 4 maart 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 maart 2026 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailbericht van 10 maart 2026 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 10 maart 2026 respectievelijk 20 maart 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 30 maart 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026005144) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 maart 2026 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft sinds 2021 een tandeloze boven- en onderkaak. In april 2025 heeft de zorgverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven voor het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak, waarna deze in augustus 2025 zijn aangebracht. Omdat de gebitsprothese van de onderkaak niet goed meer paste op die van de bovenkaak is verzoeker geadviseerd om in de bovenkaak vier implantaten te laten aanbrengen, als steun voor een volledige uitneembare gebitsprothese. Namens verzoeker is hiervoor bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend, waarop de zorgverzekeraar bij brief van 28 augustus 2025 afwijzend heeft beslist.

- 2.3. De behandelend tandarts-implantoloog heeft namens verzoeker de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hierbij heeft hij de zorgverzekeraar verzocht verzoeker op te roepen op het spreekuur van de tandheekkundig adviseur van de zorgverzekeraar. Op 27 oktober 2025 heeft dit spreekuurbezoek plaatsgevonden. Bij brief van 30 oktober 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat het spreekuurbezoek niet heeft geleid tot een wijziging van zijn standpunt.
- 2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar hierna nogmaals om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 24 november 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde gebitsprothese voor de bovenkaak zal worden vergoed, maar dat zijn standpunt ten aanzien van het aanbrengen van de vier implantaten niet is veranderd.
- 2.5. Bij brief van 9 januari 2026 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij de aanvraag voor zover deze betrekking heeft op het plaatsen van een volledige uitneembare gebitsprothese voor de onderkaak heeft goedgekeurd.
- 2.6. Bij brief van 30 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden aan hem een machtiging te verlenen voor het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak.
- 3.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij, met name sinds er implantaten in de onderkaak zijn aangebracht met hierop een nieuwe gebitsprothese, veel problemen heeft met zijn bovenprothese. Deze problemen worden veroorzaakt doordat de onderkaak ten opzichte van de bovenkaak te ver naar voren staat waardoor de gebitsprothesen niet goed op elkaar aansluiten. Het gevolg is dat bij bijvoorbeeld kauwen de bovenprothese scheef gaat staan en er soms zelfs helemaal uitvalt. Dit laatste leidt ertoe dat verzoeker niet alleen moeite heeft met eten en spreken, maar heeft ook een negatief effect op het zelfvertrouwen van verzoeker. Volgens de behandelend tandarts-implantoloog kunnen de bestaande problemen worden verholpen door ook in de bovenkaak implantaten aan te brengen en een nieuwe bovenprothese te vervaardigen. De zorgverzekeraar heeft de hiertoe ingediende aanvraag weliswaar beoordeeld, maar deze beoordeling heeft niet zorgvuldig plaatsgevonden, terwijl dit op grond van de artikelen 3:2 en 7:12 van de Algemene wet bestuursrecht wel zou moeten. Deze artikelen bepalen dat een besluit duidelijk gemotiveerd dient te zijn en toegespitst op de situatie van een verzekerde.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat tandheekkundige implantaten alleen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen als de kaak ernstig is geslonken of als het door de vorm van de kaak niet mogelijk is om een goede gebitsprothese te vervaardigen. Beide situaties zijn bij verzoeker niet aan de orde. Om mogelijke twijfels hierover weg te nemen is verzoeker op 27 oktober 2025 gezien op het spreekuur van de tandheekkundig adviseur van de zorgverzekeraar. Tijdens dit spreekuurbezoek is gebleken dat de bovenkaak van verzoeker niet ernstig is geslonken en dat de bestaande retentieproblemen kunnen worden opgelost door een nieuw te vervaardigen boven- en onderprothese. Als de vorm en de stand van de tanden (de tanden staan nu te ver naar voren en te ver naar links) wordt aangepast, zullen de boven- en onderprothese beter op elkaar aansluiten. Met behoud van de huidige, oude, gebitsprothese zullen de problemen blijven bestaan. Volledigheidshalve merkt de zorgverzekeraar op dat hij 9 januari 2026 een machtigingsaanvraag voor het plaatsen van een volledige uitneembare

gebitsprothese voor de onderkaak heeft goedgekeurd.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Voor aanspraak op implantaten die dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese geldt dat sprake moet zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en dat door deze ernstige kaakresorptie geen tandheelkundige functie kan worden behouden, gelijkwaardig aan die van iemand in vergelijkbare omstandigheden, maar zonder deze aandoening (maatmanbeginsel).

Aan de ongedateerde ‘medische kaart mondzorg’ zijn foto’s van de mond van verzoeker bijgevoegd. Op de overzichtsröntgenfoto van 13 augustus 2025 is geen zeer ernstige botresorptie te zien. Daarnaast is op de klinische foto van 13 augustus 2025 een duidelijke goed gevormde bovenkaak te zien. Ook op de zijdelingse röntgenfoto van 17 april 2025 is een duidelijk goed gevormde bovenkaak te zien, vergelijkbaar met Cawood klasse III. Er zijn in de bovenkaak geen tekenen zichtbaar van zeer ernstige kaakresorptie zoals een vlakke botkam die zowel in hoogte als breedte inadequaat is. Daarmee is bij verzoeker geen sprake van een zeer ernstig geslonken kaak.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat bij verzoeker geen sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. Verzoeker kan hierdoor geen aanspraak maken op de vergoeding van vier implantaten in de bovenkaak 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 het plaatsen van vier implantaten voor een uitneembare prothese in de bovenkaak.”

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 2.12 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 3.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.

- 7.3. De bovenkaak van verzoeker is sinds 2021 tandeloos. Met betrekking tot de vraag of deze kaak ook ernstig is geslonken, concludeert het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 30 maart 2026 aan de commissie dat dit bij verzoeker niet het geval is. In de bovenkaak van verzoeker zijn geen tekenen zichtbaar van zeer ernstige kaakresorptie zoals een vlakke botkam die zowel in hoogte als breedte inadequaat is. Daarmee is bij verzoeker geen sprake van een zeer ernstig geslonken kaak. Dit betekent dat verzoeker niet voldoet aan de gestelde voorwaarden en hij geen aanspraak heeft op het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak, aldus het Zorginstituut.
- 7.4. In hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot de problemen die hij thans ondervindt met de bovenprothese, hoe vervelend ook, ziet de commissie geen aanleiding om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Ten aanzien van het retentieprobleem heeft de zorgverzekeraar gesteld dat tot op heden geen goede definitieve prothese voor zowel de onder- als de bovenkaak werd vervaardigd. Als de tanden qua vorm en positie beter op elkaar worden afgestemd zijn de problemen volgens hem verholpen. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor een nieuwe prothese voor de onder- en de bovenkaak reeds goedgekeurd. Verzoeker heeft hier tegenin gebracht dat nieuwe prothesen niet zullen helpen, aangezien het probleem wordt veroorzaakt door de stand van zijn kaken. Een onderbouwing van deze stelling ontbreekt evenwel, en ook overigens doet deze niet af aan het feit dat er geen sprake is van een zeer ernstig geslonken bovenkaak. De commissie volgt aldus het advies van het Zorginstituut, wat betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak ten laste van de zorgverzekering.
- Ten overvloede merkt de commissie nog op dat de door verzoeker gedane verwijzingen naar de Algemene wet bestuursrecht (Awb) geen doel treffen, aangezien de zorgverzekeraar geen bestuursorgaan is in de zin van die wet en zijn afwijzende beslissing geen besluit is waartegen op grond van de Awb kan worden opgekomen.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 mei 2026,

J.W. Heringa

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

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste tien dagen na de bevalling), kaakchirurg, tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog (alleen voor KNO-arts), klinisch technoloog, optometrist (bij oogzorg), orthoptist (bij oogzorg), GGD-arts (bij TBC of SOA), verpleegkundig specialist of physician assistant.

Naar een kinderarts mag je ook zijn doorverwezen door het RIVM, wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.

Woon je in een verpleeghuis en heb je geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts die in jouw verpleeghuis werkt jou doorverwijzen.

Voor een second opinion door een medisch specialist heb je een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist.

Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Toestemming vooraf

Onderga je een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van jouw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heb je vooraf toestemming van ons nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet je zorgverlener gebruikmaken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie', dat op onze website staat.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Let op!

Voor zelfstandige behandelcentrums (ZBC's) gaan wij uit van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en ZBC's staan ook op onze website of kun je bij ons opvragen. Wanneer een extramuraal werkend specialist geen contract met ons heeft, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde ZBC's.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

Je hebt recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. Je hebt een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat je zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening. Je hebt daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als je een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak hebt. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. Je hebt een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en je kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. Je moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op!

Orthodontische zorg door een orthodontist valt alleen onder bijzondere tandheelkunde als je een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel hebt, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van een kaakchirurg of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening als je deze verliest of beschadigt door jouw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
- beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
- beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners) wanneer daar in jouw individuele situatie geen medische reden voor is of wanneer de kosten van de behandeling met vacuümgevormde beugels of aligners hoger zijn dan die van de behandeling met andersoortige beugels.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts, mondhygiënist, of tandprotheticus, gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problemen in de mondzorg of in de behandeling van gehandicapte of angstige patiënten.
- b. Een autotransplantaat (diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg;
- c. Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
- d. Een kaakchirurg;
- e. Een orthodontist;
- f. Een NVGPT erkende tandarts-gnatholoog.

Let op!

Voor het aanbrengen van een implantaat mag de zorg uitsluitend worden verleend door een gespecialiseerde tandarts op het gebied van implantologie of een kaakchirurg. Het klikgebit mag ook worden geleverd door een tandprotheticus. Voor orthodontie als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde mag de zorg uitsluitend worden verleend door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) mogen uitsluitend worden uitgevoerd door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een orthodontist moet zijn ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) is een instelling voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.

Verwijzing

Voor een behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist.

Voor een behandeling door een kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist.

Toestemming vooraf

Vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder dit artikel vindt alleen plaats als De Friesland voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming heeft verleend. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's en/of lichtfoto's.

Eigen bijdrage

Als je achttien jaar of ouder bent, kun je voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij jou in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde. Je bent deze eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Angstpatiënten zijn deze eigen bijdrage altijd verschuldigd. In artikel [12.2](#) kun je vinden om welke eigen bijdrage(n) dit gaat.

Als de zorg genoemd onder dit artikel bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, bedraagt de eigen bijdrage 8% van de kosten voor de bovenkaak en 10% van de kosten voor de onderkaak.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.2 Reguliere tandheelkunde (achttien jaar en ouder)

Inhoud zorg

Als je achttien jaar of ouder bent, kun je naast de onder artikel [12.1](#) genoemde bijzondere tandheelkunde recht hebben op:

- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij horende röntgenonderzoek, met uitzondering van:
 - ongecompliceerde extracties inclusief het daarbij horende röntgenonderzoek;
 - parodontale chirurgie;
 - het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
- b. een uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembaar volledig klikgebit te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
- c. reparatie en rebasing van een bestaand uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit of van een bestaand volledig overkappingskunstgebit.

Uitsluiting

Je hebt geen recht op vergoeding van de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen het volledige overkappingskunstgebit en de natuurlijke elementen (jouw eigen tandwortels).

Wie mag deze zorg verlenen

Zorg genoemd onder a.: een kaakchirurg.

Zorg genoemd onder b.: een tandprotheticus of tandarts.

Zorg genoemd onder c.: een tandprotheticus of tandarts. Voor reparaties (dus niet rebasen) mag een tandtechnicus de zorg ook verlenen, maar alleen als sprake is van reparaties aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak en als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in het kunstgebit waarbij de delen van het kunstgebit eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan het kunstgebit.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

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.