

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te B, vertegenwoordigd door D te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Mondzorg, orthodontie, diasteem

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202200770

Zittingsdatum : 25 januari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te B, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te B,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht en brief van 3 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 augustus 2022 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 29 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022035164) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 oktober 2022 aan partijen gestuurd. Verzoeker is hierbij gevraagd het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. In reactie hierop heeft verzoeker de commissie bij brief van 17 oktober 2022 meegedeeld dat hij van mening is dat hij de situatie in eerste instantie goed heeft geduid en dat een aanvulling niet nodig is.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de commissie een overzicht stuurt van de stukken waarnaar hij ter zitting heeft verwezen. Op 25 januari 2023 en 1 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar het overzicht respectievelijk de stukken aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft op 5 februari 2023 op de stukken gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de stukken die nadien door verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn overgelegd, zijn op 13 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 maart 2023 aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen te reageren op het definitieve advies. Verzoeker

heeft op 10 maart 2023 gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid. Een kopie van die reactie is op 14 april 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit en ONVZ Wereldfit (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzekerde is sprake van agenesie, een snijtand in de onderkaak is niet aangelegd. Op 7 februari 2022 is door de behandelend orthodontist een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling in het kader van artikel 2.7, zesde lid, Bzv. Deze aanvraag is op 25 februari 2022 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Voorafgaand hieraan vond telefonisch contact plaats tussen de behandelend orthodontist en de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Laatstgenoemde stuurde op 22 februari 2022 per e-mail een nadere toelichting aan de behandelend orthodontist.
- 3.3. Bij brief, gedateerd 25 januari 2002 (commissie: bedoeld zal zijn 25 februari 2022) verzocht de behandelend orthodontist de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van diens afwijzende beslissing. Op 8 maart 2022 volgde eenzelfde verzoek van verzoeker. Bij e-mailbericht van 21 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd aanvullende informatie op te vragen. De commissie heeft op 14 oktober 2022 het advies van het Zorginstituut aan partijen gestuurd. Hierbij is aan verzoeker gevraagd om de aanvullende informatie aan de commissie te sturen. Verzoeker heeft bij brief van 17 oktober 2022 het volgende aan de commissie meegedeeld: "Ik denk dat ik in eerste instantie de situatie goed heb geduid en er is geen aanvulling nodig." Een kopie van deze brief is op 21 oktober 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.5. Bij brief van 27 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop schriftelijk te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 10 maart 2023 gereageerd op voornoemd advies. Een kopie van deze brief is ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog toestemming te geven voor de aangevraagde orthodontische behandeling.
- 4.2. Blijkens de door de behandelend orthodontist gegeven toelichting zijn hiervoor verschillende modaliteiten denkbaar: *"... de behandeling [bestaat] ofwel uit het naar voren aanschuiven van kiezen in de onderkaak, om daarmee het ontbreken van de snijtand te compenseren. Ofwel het compenserend trekken van kiesjes in de bovenkaak. Beide behandelingsmogelijkheden beogen het probleem op te lossen van de ontbrekende snijtand in de onderkaak. Alternatieve behandeling zou kunnen zijn de occlusie en articulatie orthodontisch te herstellen, door het openen van het diasteem, en dan later een implantaat te plannen ter vervanging van de ontbrekende snijtand."*

Volgens verzoeker stelt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de voorwaarde dat sprake moet zijn van een zichtbaar diasteem. Artikel 2,7, zesde lid, Bzv kent die voorwaarde niet. Ook uit de 'Toetsingsrichtlijn Fronttandvervanging' van het CAT blijkt hier niet van. Bij verzekerde is een element agenetisch, maar dit is inmiddels "dicht gelopen".

Verzoeker voert aan dat het orthodontisch sluiten van het front tegenwoordig, ook door implantologen, als voorkeursbehandeling wordt beschouwd bij het ontbreken van hoek- of snijtanden. Daarom is dit opgenomen onder het kopje 'Gepaste zorg'.

- 4.3. Verzoeker meent dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet houdbaar is. In de eerste plaats is niet duidelijk wanneer kan worden gesproken van een diasteem. Gaat het dan om de ruimte ter grootte van het ontbrekende element of 3 dan wel 1 mm? Voorts houdt dit standpunt geen rekening met de mogelijke esthetische gevolgen. Als bijvoorbeeld een kleine snijtand in het bovenfront niet is aangelegd en 'dicht loopt', is dat esthetisch meestal niet fraai en kan dit ook voor functionele problemen zorgen. Verder bestaat een goede tandheelkundige functie alleen bij op elkaar afgestemde tandbogen boven en onder. Het gaat bij het sluiten van het front niet om het domweg naar elkaar toetrekken van tanden en kiezen. Dan ontstaat namelijk een functionele situatie die doorgaans erger is dan het oorspronkelijke diasteem. Dit wordt veroorzaakt door de TSD (Tooth Size Discrepancy) die dan ontstaat. Het sluiten van het front dient te gebeuren met behoud van symmetrie, en hierbij dienen de occlusie en verticale afsteuning te worden gewaarborgd.
Verzoeker merkt nog op dat de ingediende aanvraag geen betrekking heeft op orthodontie in bijzondere gevallen.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, verklaard dat hij geen beroep doet op bijzondere tandheelkunde. De aanvraag is ingediend met een beroep op de fronttandregeling. De vraag is of aanspraak bestaat als een fronttand niet is aangelegd of door trauma verloren is gegaan, of dat er als aanvullende voorwaarde geldt, dat er een diasteem aanwezig moet zijn. En als dit laatste het geval is, is de vraag wanneer sprake is van een diasteem. Verzoeker beroept zich op artikel 2,7, zesde lid Bzv, en hierin wordt geen aanvullende voorwaarde gesteld. Bij verzekerde is één snijtand niet aangelegd. Het gat dat hierdoor was ontstaan, is weliswaar dichtgelopen, maar dit betekent niet dat het probleem is opgelost. In dit geval zijn de ondertanden naar binnen gedrukt, en daardoor hebben de boventanden geen steun. Als de ondertanden worden rechtgezet, dan ontstaat weer een opening. En die moet dan worden opgevuld met een implantaat en een kroon. Of boven kunnen twee kleine kiesjes worden verwijderd, want dan past het weer. In ieder geval moet de beet, die in elkaar is gevallen, weer op goede diepte worden gebracht, en de tandenbogen moeten op orde worden gebracht. Verzoeker merkt hierbij op dat men bij een jong kind liever geen implantaat aanbrengt.
De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoeker ten onrechte de focus heeft gelegd op orthodontie in bijzondere gevallen, maar dit is nooit aangevraagd.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.6. Verzoeker heeft op 5 februari 2023 gereageerd op de aanvullende stukken van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker merkt op dat twee van de stukken niet relevant zijn, omdat deze zien op een situatie waarin niet uitsluitend met behulp van orthodontie wordt behandeld. Ten aanzien van de Regeling Fronttandvervanging merkt verzoeker op dat orthodontie, anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, duidelijk staat vermeld. Ten aanzien van de Toetsingsrichtlijn Fronttandvervanging merkt verzoeker op dat in een oudere versie onder 'gepaste zorg' werd verwezen naar een uitspraak (CVZ RZA 2004-63). Deze wordt niet meer vermeld in de nieuwe versie. Deze uitspraak betreft een deels orthodontische behandeling.
- 4.7. Verzoeker heeft bij brief van 10 maart 2023 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoeker voert aan dat het Zorginstituut ten onrechte stelt dat hij geen aanvullende tandheelkundige informatie heeft aangeleverd. De zorgaanbieder levert bij iedere

aanvraag de gebruikelijke informatie aan en desgewenst nog aanvullende informatie. Dat is in de situatie van verzekerde niet anders geweest.

Verder voert verzoeker aan dat het Zorginstituut ten onrechte stelt dat een beroep op artikel 2.7, zesde lid, Bzv, betreffende de regeling fronttandvervangning, niet slaagt, omdat orthodontie niet wordt genoemd in de betreffende regelgeving. Dit is volgens verzoeker onjuist. In de regeling fronttandvervangning staat onder "Gepaste zorg" namelijk omschreven welke behandel mogelijkheden beschikbaar zijn. Eén van de omschreven alternatieven is orthodontie. Tot slot merkt verzoeker op dat jaarlijks vele machtigingen worden verleend voor orthodontische behandelingen in het kader van fronttandvervangning.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag terecht werd afgewezen. Het diasteem ter plaatse van het niet aangelegde element is inmiddels namelijk "dicht gelopen". Hiermee is er geen indicatie meer voor een orthodontische behandeling. Onder verwijzing naar de 'Toetsingsrichtlijn Fronttandvervangning' van het CAT stelt de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling moet zijn gericht op het sluiten van een diasteem. Op bladzijde 3 van de richtlijn is vermeld: "Het orthodontisch sluiten van het diasteem in het front kan als zelfstandige behandeling aanspraak zijn in het kader van artikel 2.7 lid 6 Bzv." Het woord "kan" betreft hier de behandelmodaliteiten om een diasteem te sluiten, te weten een partiële plaatprothese, een frameprothese, een etsbrug, een brug, implantologie of orthodontie. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat geen verzekeringsindicatie op grond van artikel 2.7, zesde lid, Bzv bestaat bij verzekerde.
- Hij is tevens nagegaan of sprake is van een indicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onder a, en derde lid, Bzv. Bij verzekerde bestaat een milde orthodontische afwijking. Het betreft geen ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis, die in ernst vergelijkbaar is met schisis.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar is er mogelijk wel een tandheelkundige noodzaak tot behandeling, maar bestaat bij verzekerde geen verzekeringstechnische indicatie.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij de aanvraag in eerste instantie ook heeft beoordeeld als fronttandvervangning. Primair betreft de regeling fronttandvervangning het vervangen van een element. Dit is hier echter niet aan de orde. Orthodontie vormt geen aanspraak uit deze regeling. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast verder gekeken naar de overige regelgeving en jurisprudentie.
- De adviserend tandartsen zijn van oordeel dat aanspraak kan bestaan op het sluiten van een diasteem als zelfstandige behandeling op grond van de regeling fronttandvervangning. Hier is echter geen sprake van een diasteem.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Juridisch kader

Tandheelkundige zorg voor volwassenen maakt geen deel uit van de basisverzekering. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. Hierbij moet gedacht worden aan schisis of in ernst daarmee vergelijkbare aandoeningen.

Orthodontische behandeling

Orthodontische behandeling maakt in principe geen deel uit van de basisverzekering. De aanspraak op orthodontie is beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking of een met schisis vergelijkbare zeer ernstige afwijking. Bovendien moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Mondzorg na een ongeval of bij niet aangelegde snij- of hoektanden

Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige 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.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het dossier bevat zeer summiere medische-tandheelkundige informatie. Er zijn geen foto's van de modellen (boven en onderkaak) en er kan niet beoordeeld worden in hoeverre orthodontie als gevolg van het niet aangelegd zijn van de snij- of hoektanden redelijkerwijs noodzakelijk is.

Nader onderzoek

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet beoordeeld worden of verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding van orthodontische hulp ten laste van de basisverzekering. Om te kunnen beoordelen of verzekerde aanspraak kan maken op orthodontische hulp heeft het Zorginstituut röntgenfoto's (OPG), klinische foto's (front zijdelingse delen open en gesloten) en foto's van de modellen (boven en onderkaak) nodig."

- 6.2. In het definitief advies van 27 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat het dossier zeer summiere medische-tandheelkundige informatie bevat. Daarom is tot nader onderzoek geadviseerd en verzocht om meer tandheelkundige informatie.

De gemachtigde van verzoeker heeft echter aangegeven dat hij van mening is dat geen aanvullende informatie nodig is. Daarnaast heeft de gemachtigde benadrukt dat geen beroep wordt gedaan op bijzondere tandheelkunde maar enkel op artikel 2.7, lid 6, van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Dit betreft de regeling fronttandvervangning.

Op grond van artikel 2.7, lid 6, van het Bzv bestaat aanspraak op het vervangen van een of meer niet aangelegde frontelementen met niet-plastische materialen of tandheelkundige implantaten. Orthodontie wordt niet genoemd in de betreffende regelgeving en valt daarom niet onder de aanspraak.

Conclusie

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van orthodontische hulp ten behoeve van verzekerde op grond van artikel 2.7, lid 6, van het Bzv.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van orthodontische hulp ten behoeve van verzekerde ten laste van de basisverzekering."

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 80 van de 'Algemene regels' 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 tandheelkundige hulp 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 commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of verzekerde aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling.

Zorgverzekering

- 8.3. De commissie heeft gezien dat verzoeker en de zorgaanbieder hebben gezocht naar een goede zorginhoudelijke oplossing voor verzekerde. En hoewel de commissie hiervoor zeker begrip heeft, moet zij de aanvraag toetsen aan de geldende polisvoorwaarden en regelgeving. En deze regels ten aanzien van mondzorg ten laste van de zorgverzekering zijn streng.
- 8.4. Het onderdeel fronttandvervangings is nader op bladzijde 179 van de 'Algemene regels en vergoedingen 2022' van de ziektekostenverzekeraar. Hier is te lezen: *"Zijn bij u de blijvende snij- of hoektanden niet aangelegd? Of bent u ze door een ongeval kwijtgeraakt? Dan is het mogelijk om (weer) snij- of hoektanden aan te brengen. Dat gebeurt meestal met een implantaat en een kroon. De basisverzekering vergoedt het vervangen van een of meer helemaal ontbrekende blijvende snij- of hoektanden. Dit moet gebeuren met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug. Implantaten die daarbij nodig zijn worden ook vergoed."* Dit stemt overeen met artikel 2.7, zesde lid, Bzv. De commissie concludeert op basis van het voorgaande dat de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving niet voorzien in een aanspraak op orthodontie in het kader van fronttandvervangings. In de 'CAT Toetsingsrichtlijn Fronttandvervangings ten behoeve van de adviserend tandarts' wordt evenwel op bladzijde 3, onder verwijzing naar jurisprudentie (CVZ RZA 2004-63), gesteld: *"Het orthodontisch sluiten van het diasteem in het front kan als zelfstandige behandeling aanspraak zijn in het kader van artikel 2.7 lid 6 middels de A-codes."* Partijen verschillen erover van mening hoe deze passage moet worden gelezen. Volgens verzoeker bestaat bij een agenetische fronttand hoe dan ook aanspraak op een orthodontische behandeling; de ziektekostenverzekeraar stelt dat verzekerde geen aanspraak heeft, aangezien het diasteem ter plaatse van de agenetische fronttand inmiddels is dicht gelopen. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 27 februari 2023, op basis van de beschikbare informatie in het dossier, geoordeeld dat verzekerde geen aanspraak kan maken op vergoeding van orthodontische hulp ten laste van de zorgverzekering. De commissie verwijst voorts naar de beantwoording van een adviesaanvraag door het toenmalige CVZ, gedateerd 27 maart 2006 (26016171 (27085162)). Hieruit valt - samengevat - op te maken dat orthodontische hulp buiten het front niet tot de verzekerde prestatie in het kader van fronttandvervangings behoort. De aanspraak blijft dus beperkt tot de orthodontische behandeling om ruimte te maken voor een implantaat met hierop een kroon. Zoals door behandelend orthodontist is toegelicht, betreft de ingediende aanvraag een orthodontische behandeling van de zijdelingse delen boven of onder. Verzoeker heeft naar het oordeel van de

commissie niet aannemelijk gemaakt dat ter zake deze aangevraagde behandeling een geslaagd beroep gedaan kan worden op artikel 2.7, zesde lid, Bzv.

- 8.5. Ten aanzien van de opmerking van verzoeker van 10 maart 2023, dat het Zorginstituut ten onrechte stelt dat hij geen aanvullende tandheelkundige informatie heeft aangeleverd, merkt de commissie het volgende op. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopige advies van 11 oktober 2022 geadviseerd om aanvullende informatie op te vragen. De commissie heeft deze informatie opgevraagd bij verzoeker. Verzoeker heeft echter bij brief van 17 oktober 2022 geantwoord dat een aanvulling niet nodig was. Verzoeker heeft dus geen aanvullende informatie aangeleverd. De betreffende opmerking van het Zorginstituut was dus correct.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 mei 2023,

A.I.M. van Mierlo

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen**1. Wetgeving**

- art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv

2. Voorwaarden zorgverzekering

- de relevante bepalingen onder het kopje 'Mond en gebit'

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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

● Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Voor een sterk en gezond gebit.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% van de meeste behandelingen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Topfit	100%
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Goede mondzorg op jonge leeftijd voorkomt problemen later. Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de **basisverzekering** deze tandartsbehandelingen:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), één keer per jaar
- extra controles als die nodig zijn
- incidentele consulten
- verwijderen van tandsteen
- fluoridebehandeling van het blijvende gebit, 2 keer per jaar
- extra fluoridebehandelingen als die nodig zijn
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag)
- behandeling van tandvleesproblemen
- verdoving
- wortelkanaalbehandeling
- vullingen
- zorg bij klachten aan het kaakgewricht
- uitneembare prothetische voorzieningen (zoals een plaatje en een kunstgebit)
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve implantaten
- röntgenfoto's, behalve die voor orthodontie
- kaakoverzichtsfoto, behalve die voor orthodontie

Is voor behandeling bij de kaakchirurg opname nodig? Dan vergoedt de basisverzekering ook de Ziekenhuisopname.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden tot 18 jaar de algemene tandheelkundige zorg die de basisverzekering niet vergoedt. Optifit vergoedt maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

Mond en gebit

Andere vergoedingen

Voor Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar, Orthodontie tot 18 jaar, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de basisverzekering:

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg (MKA-chirurg¹)

Voor zorg uit de aanvullende verzekering:

- tandarts
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

De basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97²)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- niet-restauratief behandelen van gaatjes (cariës) in het melkgebit (M05)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)

De aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20, A30)
- MRA³ (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

• Dit moet u zelf doen

Voor de kaakchirurg moet u vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts, een medisch specialist of een jeugdarts. Bij acute zorg⁴ is geen verwijzing nodig.

Mond en gebit

Superfit

Superfit vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

Tandfit A

Tandfit A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit B

Tandfit B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit C

Tandfit C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit Preventief

Tandfit Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- consult ten behoeve van een intake (C001)
- consult periodieke controle (C002)
- consult, niet zijnde periodieke controle (C003)
- aanvullende anamnese (C010)
- mondzorg aan huis (C020)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30, V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen. Had u in 2019 ook Tandfit Preventief? Dan geldt de beperking voor vullingen en tandvleesbehandelingen niet voor u. Ze worden dan samen met de andere codes tot € 2.000 vergoed.

En: bij Tandfit Preventief krijgt u 1 keer per 3 jaar een elektrische tandenborstel, en elk kwartaal een nieuw opzetborsteltje.

● Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000
Topfit	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000 3e 12 maanden max. € 1.000
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Topfit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit en Topfit vergoeden orthodontie dus niet tot een maximum per kalenderjaar, maar per behandeljaar. Hoe dat werkt, leest u op onze informatiepagina.

Superfit vergoedt orthodontie tot 18 jaar volledig. De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Andere vergoedingen

Topfit en Superfit hebben ook een vergoeding voor Orthodontie vanaf 18 jaar.

Mond en gebit

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor orthodontie tot 18 jaar geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij bepalen de startdatum als wij de 1e declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een 1e consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Optifit en Topfit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 24 maanden (Optifit) of 36 maanden (Topfit) vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u het consult zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons.

Uitleg

1. Orthodontist: Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

● Fronttandvervangning

Ontbreken bij u de blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, tot 23 jaar, als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag
Superfit	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
OntzorgPlus	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval van OntzorgPlus Kijk in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus
Tandfit A	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval

● Wat u vergoed krijgt

Zijn bij u de blijvende snij- of hoektanden niet aangelegd? Of bent u ze door een ongeval kwijtgeraakt? Dan is het mogelijk om (weer) snij- of hoektanden aan te brengen. Dat gebeurt meestal met een implantaat en een kroon.

De basisverzekering vergoedt het vervangen van een of meer helemaal ontbrekende blijvende snij- of hoektanden. Dit moet gebeuren met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug. Implantaten die daarbij nodig zijn worden ook vergoed.

De tandarts moet vóór uw 18e verjaardag hebben vastgesteld dat dit bij u nodig is. De vergoeding stopt als u 23 jaar wordt.

Is de noodzaak pas na uw 18e verjaardag vastgesteld? Of ontbreekt een snij- of hoektand maar voor een deel? Dan vergoedt de basisverzekering de zorg niet. De **aanvullende verzekeringen** Superfit, OntzorgPlus, en Tandfit A, B en C vergoeden de zorg dan (gedeeltelijk), als de tandarts die uitvoert. Dan geldt de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#) of [Tandheelkundige zorg na een ongeval](#).

Heeft u naast ontbrekende snij- of hoektanden andere ernstige gebitsproblemen? Dan kan fronttandvervangning onder de vergoeding [Bijzondere tandheeskunde](#) vallen.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- voor de basisverzekering: ook de kaakchirurg¹

● Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de fronttandvervangning die onder de basisverzekering valt. [Zo werkt het eigen risico](#)

Geen eigen bijdrage

Voor fronttandvervanging betaalt u geen eigen bijdrage.

● **Dit moet u zelf doen**

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als toestemming voordat de behandeling begint.

Soms moet u een verwijzing hebben

Moet u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of de tandarts.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Kaakchirurg: Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

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.