

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B en De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, vergoeding nooddkroon, acceptatieprocedure aanvullende tandverzekering
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, 6:217 BW, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer	: 202200418
Zittingsdatum	: 11 oktober 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 30 maart 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 mei 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Bij e-mailbericht van eveneens 1 mei 2023 heeft verzoeker de commissie verzocht om een niet-bindend advies. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 28 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 juli 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 1 augustus 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023026786) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 augustus 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 6 augustus 2023 heeft verzoeker gereageerd op het voorlopig advies van 1 augustus 2023 van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie is op 9 augustus 2023 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Bij brief van 30 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar - na het spreekuurbezoek op 10 augustus 2023 - meegedeeld dat verzoeker aanspraak heeft op extra preventie en heeft hij verzoeker gevraagd of dit reden is het verzoek in te trekken. Verzoeker heeft bij brief van 10 september 2023 geantwoord dat hij de procedure wenst voort te zetten.
- 2.6. 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 11 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 oktober 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 1 augustus 2023 aanpassing behoeft. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 29 oktober 2023 gereageerd op de aantekeningen van de hoorzitting. Deze reactie is op 31 oktober 2023 per e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut verstuurd. Bij e-mailbericht van 31 oktober 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft in zijn definitief advies nog opgemerkt dat verzoeker in zijn brief van 6 augustus 2023 heeft gesteld dat in het voorlopig advies slechts een deel van zijn

klacht is beoordeeld. Het Zorginstituut deelt mee niet te kunnen adviseren over de vergoeding van eventuele toekomstige tandheelkundige behandelingen ten laste van de zorgverzekering. Het definitief advies is op 31 oktober 2023 naar partijen gestuurd met de mogelijkheid op dit advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 6 november 2023 gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gereageerd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Alles Verzorgd (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Budget en AV Tand Extra (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar in juni 2020 verzocht om een uitgebreide tandverzekering vanwege de behandeling van zijn gebit. De ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd deze verzekering af te sluiten.
- 3.3. Namens verzoeker is op 29 april 2021 door diens tandarts bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het plaatsen van 8 kronen. Bij brief van 21 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de afgewezen kronen om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 11 mei 2022 erkend dat bij verzoeker een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde bestaat. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend tandarts van verzoeker geadviseerd een nieuwe aanvraag in te dienen.
- 3.6. Na ontvangst van de nieuwe aanvraag van 5 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 juli 2022 verklaard dat de aanvraag gedeeltelijk wordt toegewezen. De kosten voor het het aanbrengen van implantaten, het plaatsen van kronen en het aanbrengen van vullingen worden ten laste van de zorgverzekering vergoed. Daarentegen worden de kosten van het plaatsen van een tijdelijke kroon (J87), de toeslag zone (J19) de aanvullende ophoging bodem bijholte (J17) en de ophoging bodem bijholte orthograad (J18) niet vergoed.
- 3.7. Bij brief van 1 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. In vervolg op het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 augustus 2023 meegedeeld dat verzoeker recht heeft op vergoeding van de kosten van extra gebitscontroles (preventie).
- 3.9. Bij e-mailbericht van 11 oktober 2023 heeft verzoeker zijn pleitnota aan de commissie gestuurd. Deze is als bijlage aan het hoorzittingsverslag gehecht. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 29 oktober 2023 gereageerd op het hoorzittingsverslag. Deze is als bijlage aan het hoorzittingsverslag gehecht.
- 3.10. Bij brief van 31 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.
- 3.11. Bij brief van 3 november 2023 heeft verzoeker gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in zijn brief van 30 maart 2023, gericht aan de commissie, verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is om (i) alle mondzorg te vergoeden op grond van de verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde, maar ten minste de al uitgevoerde verrichtingen en (ii) hem alsnog toe te laten tot de in juni 2020 aangevraagde uitgebreide aanvullende verzekering 'Tand Optimaal'.
- 4.2. In zijn brief van 25 juni 2020 aan de ziektekostenverzekeraar stelt verzoeker dat hij in verband met cariës en tandbederf door zijn tandarts is verwezen naar het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam voor speekselonderzoek. Uit dat onderzoek bleek dat het speeksel niet goed functioneert, waardoor geen goede bescherm laag voor de tanden (een zogenoemde pellicle) wordt gevormd. Dit heeft tot gevolg dat het (gebitsbeschermende) speeksel snel wegspoelt. Hierdoor is de bescherming tegen cariës minimaal. Verzoeker poetst met speciale tandpasta, spoelt zijn gebit dagelijks met natriumfluoride en laat regelmatig röntgenfoto's maken van zijn gebit. In verband met de intensieve gebitszorg door de tandarts en de mondhygiëniste wenst verzoeker een uitgebreide tandverzekering af te sluiten, namelijk de 'AV Tand Optimaal'. Het eerste verzoek hiertoe dateert uit juni 2020 en verzoeker heeft dit herhaald bij brief van 16 november 2020. De ziektekostenverzekeraar blijft evenwel bij zijn weigering.
- 4.3. Verzoeker stelt verder dat de aanvraag voor het plaatsen van 8 kronen op onjuiste gronden door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. Verzoeker licht in zijn brief van 2 maart 2022, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, toe dat de ziektekostenverzekeraar het ten onrechte heeft over xerostomie, terwijl daarvan bij hem geen sprake is. Het gebrek aan speeksel probeert zijn lichaam te compenseren met extra aanmaak hiervan. Dit kan het tekort aan bescherming echter niet opvangen. Na bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat verzoeker wel een verzekeringsindicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde en dus in aanmerking komt voor vergoeding ten laste van zorgverzekering. Verzoeker verklaart in zijn e-mailbericht van 7 december 2022, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, dat een groot deel van de kosten die gepaard gaan met de restauratie van zijn gebit inmiddels is vergoed vanuit de zorgverzekering. Het trekken van een hoektand en het plaatsen van een implantaat op die plaats maakt deel uit van deze restauratie. Het implantaat is geplaatst en direct voorzien van een tijdelijke kroon. De ziektekostenverzekeraar weigert vergoeding van de tijdelijke kroon, omdat deze buiten de zogenoemde 'esthetische zone' valt. Verzoeker is het hiermee niet eens, omdat het zijn hoektand betreft en deze in zijn geval goed zichtbaar is.
- 4.4. Verzoeker voert in zijn brief aan de commissie van 30 maart 2023 aan dat hij het onbegrijpelijk vindt dat de ziektekostenverzekeraar uitsluitend bereid is behandelingen op grond van de zorgverzekering te vergoeden die rechtstreeks voortvloeien uit zijn medische aandoening, maar niet kijkt naar zijn situatie om toekomstige schade te voorkomen. Hij verzoekt de commissie dan ook te bepalen dat al zijn mondzorg moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 4.5. Bij brief van 6 augustus 2023 heeft verzoeker gereageerd op het voorlopig advies van 1 augustus 2023 van het Zorginstituut. Verzoeker merkt op dat in de eerste alinea wordt gesteld dat het geschil met de ziektekostenverzekeraar gaat over de vergoeding van het plaatsen van een tijdelijke kroon en preventieve mondzorg. Verzoeker verwijst naar zijn brief van 30 maart 2023, waarin zijn feitelijke verzoek aan de commissie staat. Dit verzoek is omvangrijker. Daarom wenst hij van het Zorginstituut (ook) een advies hierover. Verder vraagt verzoeker zich af of het standpunt van zijn tandarts voldoende naar voren komt. Daarnaast stelt verzoeker dat de relevantie van het maatmanbeginsel in zijn situatie hem ontgaat. De hypersialie met mucositeitsproblematiek is aangeboren en hij ondervindt van deze problematiek zijn hele leven al negatieve gevolgen. Het bevreemdt verzoeker dat in het advies van het Zorginstituut staat dat jaarlijks opnieuw beoordeeld dient te worden of extra preventieve zorg nog noodzakelijk is. Volgens verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar te makkelijk geredeneerd dat bij gebrek aan een

juiste richtlijn, wordt aangesloten bij een soortgelijke richtlijn. Verzoeker verklaart dat hij door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is uitgenodigd voor een spreekuur op 10 augustus 2023 bij het Medische Centrum Leeuwarden. In de aanhef van de uitnodiging staat dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag niet kan beoordelen op basis van de informatie van de tandarts en dat tijdens het spreekuur zal worden beoordeeld of het plaatsen van kronen wordt vergoed. Volgens verzoeker wordt ook hier weer ingegaan op een concrete behandeling, terwijl het zou moeten gaan over de overkoepelende vraag in welke mate hij aanspraak heeft op bijzondere tandheelkunde.

- 4.6. Bij brief van 10 september 2023 deelt verzoeker mee dat het spreekuurverslag van 10 augustus 2023 aanpassing behoeft. De eerste alinea eindigt met de zin: *"Het enige wat meneer wil is dat hij een vergoeding krijgt voor preventie onder de bijzondere tandheelkunde."* Dit is volgens verzoeker een onjuiste weergave. Zijn verzoek omvat meer dan enige extra zorg met betrekking tot preventie. Ook wordt de aanvraag voor een hogere verzekeringsdekking gekoppeld aan een eerdere afwijzing van een aanvraag voor kronen. Dit is volgens verzoeker niet juist. De verzoeken om een hogere verzekeringsdekking dateren namelijk al van veel eerder. Gelet op het voorgaande ziet verzoeker geen reden om in te gaan op het voorstel van de ziektekostenverzekeraar om het verzoek in te trekken.
- 4.7. Ter zitting heeft verzoeker daarnaar door de commissie expliciet gevraagd verklaard dat zijn verzoek mag worden opgevat zoals beschreven in zijn brief van 30 maart 2023 aan de commissie, maar dat hij ook een beslissing wil over de afwijzing van de vergoeding van de tijdelijke kroon (J87) en de toeslag esthetische zone (J19). Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij door de speekselaandoening erg veel kosten heeft. Volgens hem behoort de compensatie verder te gaan dan alleen preventie. Het verlies van elementen is namelijk onvermijdelijk. Hij had hierin een ruimhartiger opstelling van de ziektekostenverzekeraar verwacht. Verzoeker heeft gesteld dat hij het niet eens is met enkele onderdelen in de brief van 28 juni 2023 van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft voorts zijn standpunten herhaald. Verzoeker heeft aan de commissie verklaard dat hij eerder een niet-bindend advies heeft gevraagd, maar nu een bindend advies wenst.
- 4.8. 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.
- 4.9. Bij brief van 6 november 2023 heeft verzoeker verklaard teleurgesteld te zijn in het definitief advies van het Zorginstituut. Volgens hem is de kern van zijn klacht nu juist dat hij eventuele toekomstige tandheelkundige behandelingen ten laste van de zorgverzekering vergoed krijgt. Verzoeker verklaart tevens dat volgens het Zorginstituut bij elke aanvraag de indicatie tot bijzondere tandheelkunde beoordeeld dient te worden en vervolgens nog het maatmanbeginsel wordt toegepast. De relevantie van het maatmanbeginsel ontgaat verzoeker. Verzoeker merkt verder op dat in de argumentatie van de ziektekostenverzekeraar in het kader van machtigingen op een voor hem onduidelijke manier wordt omgegaan met het causaliteitsbeginsel. Verzoeker verklaart verder dat als de commissie conform het definitief advies van het Zorginstituut oordeelt, zijn huidige situatie zal blijven voortbestaan.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 2 juli 2020 verklaard dat geen andere aanvullende verzekering kan worden afgesloten, omdat dit alleen per 1 januari mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 december 2020 met verzoeker telefonisch de vragen in het kader van de medische selectie - die horen bij de door verzoeker gewenste verzekering 'Tand Optimaal' - besproken. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden om deze verzekering af te sluiten. De ziektekostenverzekeraar verklaart in zijn brief aan de commissie van 28 juni 2023 dat de 'AV Tand Optimaal' terecht is geweigerd. Hij voert hiertoe aan dat voor deze verzekering op het moment van afsluiten geen indicatie mag bestaan voor kroon- en brugwerk. Bij verzoeker

is daarvan wel sprake. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn brief bedoelde de vragenlijst meegestuurd.

- 5.2. Op 29 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor het plaatsen van 8 kronen ontvangen. Bij brief van 21 juli 2021 heeft hij verklaard dat de aanvraag is afgewezen, omdat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde.
- 5.3. In de heroverweging van 22 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat bij verzoeker sprake is van xerostomie en dat uit de aanvraag en foto's blijkt dat de betreffende elementen kunnen worden behandeld door middel van vullingen. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt dit niet onder bijzondere tandheelkunde.
- 5.4. In het kader van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 11 mei 2022 verklaard dat bij verzoeker wél sprake is van een indicatie die aanspraak biedt op bijzondere tandheelkunde. De tandarts van verzoeker is vervolgens verzocht een nieuwe aanvraag in te dienen conform de toetsingsrichtlijn van het College van Adviserend Tandartsen (CAT), met de behandelingen die daarin omschreven zijn. De ziektekostenverzekeraar verklaart in voornoemde brief ook dat het plaatsen van kronen bij de medische indicatie van verzoeker geen doelmatige aanspraak is. Na ontvangst van de nieuwe aanvraag op 5 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar op 12 juli 2022 de aanvraag voor de restauratieve en preventieve behandelingen gedeeltelijk afgewezen. Verzoeker heeft op grond van de zorgverzekering recht op implantaten, kronen en vullingen. De aanvullende ophoging bodem bijholte (J17), de ophoging bodem bijholte orthograad (J18), de toeslag zone (J19) en de tijdelijke kroon op het immmediaat geplaatst implantaat (J87) worden niet vergoed ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 5 december 2022 aan verzoeker en 20 januari 2023 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat de prestatiecode J87 alleen gedeclareerd mag worden in de esthetische zone. De esthetische zone betreft element 14 tot en met 24. Bij verzoeker is de tijdelijke kroon geplaatst op een hoektand in de onderkaak (element 43). Dat is buiten de esthetische zone. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg - TB/REG-21614-01 van de Nederlandse Zorgautoriteit. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de definitieve kroon (R34) inmiddels is gemachtigd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het functioneel gezien niet noodzakelijk een tijdelijke kroon te plaatsen op een implantaat, omdat met het plaatsen van de definitieve kroon de functie weer volledig is hersteld.

In zijn brief van 28 juni 2023 deelt de ziektekostenverzekeraar nog mee dat er geen toetsingsrichtlijn CAT is voor de specifieke situatie van verzoeker. De afwijking hypersialie met mucositeits-problematiek komt zelden voor. Om deze reden is aansluiting gezocht bij de toetsingsrichtlijn Hyposialie 2022.

De omvang van de aanspraak is in de toetsingsrichtlijn Hyposialie als volgt omschreven:

- Extra preventieve zorg ter voorkoming van cariës;
- Cariësbehandeling met plastische materialen (fase 1);
- Kroon- en brugwerk op natuurlijke elementen is in de regel geen aanspraak, omdat het cariërisico onveranderd hoog blijft.

Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de machtigingen terecht afgewezen, omdat kroon- en brugwerk op natuurlijke elementen (ook) bij de indicatie hypersialie niet onder de aanspraak vallen. De aanvragen van 3 februari 2023 en 24 februari 2023 voor extra periodieke controles en gebitsreiniging zijn ook terecht afgewezen. Er is niet gebleken dat de controles en gebitsreiniging onder extra preventie zorg vallen, omdat verzoeker in 2023 nog niet meer dan twee controles en gebitsreinigingen uit de reguliere mondzorg had gedeclareerd. Verder verklaart hij dat verzoeker een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde, maar deze indicatie geen aanspraak biedt op vergoeding van alle gebitszorg ten laste van de zorgverzekering. Bij enkele afwijzingen is niet de juiste toelichting gegeven, maar er is niet meer of minder zorg goedgekeurd dan waar verzoeker aanspraak op heeft. De ziektekostenverzekeraar licht verder nog toe dat verzoeker niet de dienstverlening heeft ontvangen die hij had mogen verwachten. De ziektekostenverzekeraar nodigt verzoeker dan ook uit op het spreekuur van de adviserend tandarts, zodat hij in een één-

op-één gesprek tekst en uitleg kan geven op de aanspraken van verzoeker. Hij zal hiervoor op korte termijn bericht over ontvangen.

- 5.5. Bij brief van 30 augustus 2023, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvragen van 3 februari 2023 en 24 februari 2023 met betrekking tot de gebitsreiniging en periodieke controles en de daarbij horende afwijzingen meegestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker op 10 augustus 2023 is gezien op het spreekuur van de adviserend tandarts. Een verslag hiervan is meegestuurd. De adviserend tandarts heeft met verzoeker besproken dat hij aanspraak heeft op extra preventie. Meer specifiek is afgesproken dat op aanvraag van de tandarts éénmalig 2 x een mondbeschermer of fluoridekap wordt vergoed, en jaarlijks 4 fluoridebehandelingen en 16 gebitsreinigingen van 5 minuten. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich vervolgens af of dit voor verzoeker reden vormt om zijn verzoek in te trekken.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat bij verzoeker sprake is van een bijzondere afwijking. Om deze reden is er geen richtlijn en heeft de ziektekostenverzekeraar aansluiting gezocht bij de richtlijn voor hyposialie. Beide richtlijnen zijn bedoeld voor speeksel van slechte kwaliteit. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard hiermee recht te doen aan de situatie van verzoeker. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard in te stemmen met het verzoek van verzoeker alsnog een bindend advies uit te laten brengen.
- 5.7. 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 1 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Verweerder komt tot de conclusie dat verzoeker een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp heeft op grond van artikel 2.7, lid 1, sub b, van het Bzv. Bij verzoeker is sprake van de afwijking hypersialie met mucositeits-problematiek.

Noodkroon

Een noodkroon, of een tijdelijke kroon, wordt op een implantaat geplaatst in de zogenaamde 'esthetische zone'. Met esthetische zone worden de tanden bedoeld van eerste kleine kies rechts (14) tot en met de eerste kleine kies links (24) in de bovenkaak. Het doel van een noodkroon is het optimaliseren van het emergence profiel zodat het tandvlees mooi aansluit op de uiteindelijke kroon. Bij verzoeker gaat het om het plaatsen van een noodkroon op een hoektand in de onderkaak. Hierbij is het emergence profiel bij minder van belang.

Preventieve mondzorg

Bij verzoeker is sprake van hypersialie met mucositeits-problematiek. Indien sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp kan ook preventieve mondzorg voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. Verweerder baseert zich bij het bepalen van de omvang van de aanspraak op de toetsingsrichtlijn Hyposialie 2022 van het College adviserend tandartsen (CAT) omdat er geen specifieke richtlijn voor de aandoening van verzoeker beschikbaar is. In deze toetsingsrichtlijn is bepaald dat extra preventieve zorg ter voorkoming van cariës tot de aanspraak behoort.

Wanneer er sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet daarnaast ook nog worden gekeken naar het maatmanbeginsel. Het maatmanbeginsel brengt met zich mee dat de aanspraak op bijzondere hulp niet verder gaat dan het compenseren van de onderliggende aandoening tot het niveau van de orale functie die aanwezig zou zijn geweest zonder die aandoening. Verzoeker heeft op grond hiervan recht op extra preventieve zorg zoals een extra

periodiek mondonderzoek inclusief beperkte gebitsreiniging, extra röntgenfoto's met als doel cariësdagnostiek en extra fluoride houdende tandpasta of spoelmiddel. Jaarlijks dient opnieuw beoordeeld te worden of de extra preventieve zorg nog noodzakelijk is.

Conclusie

Verzoeker heeft een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Een noodkroon geplaatst op een hoektand in de onderkaak komt echter niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verzoeker kan wel aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van extra periodiek mondonderzoek inclusief beperkte gebitsreiniging, extra röntgenfoto's met als doel cariësdagnostiek en extra fluoride houdende tandpasta of spoelmiddel.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoeker kan geen aanspraak maken op de vergoeding van een noodkroon. Wel kan verzoeker aanspraak maken op vergoeding van preventieve mondzorg ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 31 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken 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. In de brief d.d. 6 augustus 2023 geeft verzoeker aan dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut slechts een deel van zijn klacht is beoordeeld. Verzoeker verwijst hierbij naar zijn brief d.d. 30 maart 2023 met zijn verzoek. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut beoordeeld of verzoeker aanspraak kan maken op de vergoeding van de aangevraagde noodkroon en preventieve mondzorg. Het Zorginstituut kan niet adviseren over de vergoeding van eventuele toekomstige tandheelkundige behandelingen ten laste van de basisverzekering. Voor elke behandeling dient in eerste instantie beoordeeld te worden of de oorspronkelijke indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp nog aanwezig is. Vervolgens moet worden vastgesteld of de noodzaak tot de uitgebreide hulp nog bestaat, hierbij komt het maatmanbeginsel aan de orde."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over bijzondere tandheelkunde 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

- 8.2. Tussen partijen is niet langer in geschil dat verzoeker - vanwege de aandoening hypersalivatie met mucositeitsproblematiek - aanspraak heeft op bijzondere tandheelkunde op grond van artikel 2.7, eerste lid, sub b, Bzv. Verzoeker vordert in de eerste plaats dat al zijn - de commissie begrijpt hieruit ook zijn toekomstige - gebitszorg onder de aanspraak van bijzondere tandheelkunde wordt vergoed. De commissie merkt hierover op dat zij een beslissing van een zorgverzekeraar in een specifiek geval toetst op basis van een aanvraag aan de hand van de ten tijde van die beslissing vigerende polisvoorwaarden en wet- en regelgeving. Hieruit volgt dat eerst een aanvraag zal moeten worden gedaan, gevolgd door een beslissing van de zorgverzekeraar. Voorts is in artikel 114, tweede lid, Zvw bepaald dat in geval van een negatieve beslissing de zorgverzekeraar in de gelegenheid moet worden gesteld deze beslissing te heroverwegen. Dit betekent dat in voorkomend geval door of namens verzoeker de noodzakelijke mondzorg moet worden aangevraagd. In meer algemene zin kan hieraan nog worden toegevoegd dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde niet automatisch inhoudt dat alle mondzorg die niet nader is gespecificeerd ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Het betreft slechts die zorg die verband houdt met de aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, leidend tot verlies van de tandheelkundige functie. Andere mondzorg behoort tot de reguliere tandheelkunde en hiervoor kent de zorgverzekering, als het gaat om volwassen verzekerden, maar een beperkte dekking. Behandelingen die onder de aanspraak van bijzondere tandheelkunde vallen moeten vervolgens worden beoordeeld met toepassing van het maatmanbeginsel. Dit beginsel brengt met zich dat de aanspraak op bijzondere hulp niet verder gaat dan het compenseren van de onderliggende aandoening tot het niveau van de tandheelkundige functie die aanwezig zou zijn geweest zonder die aandoening. Dat verzoeker stelt de relevantie van dit beginsel in zijn situatie niet in te zien, doet aan de toepasselijkheid ervan niet af.
- 8.3. Ter zitting is het verzoek van verzoeker specifiek vastgesteld en heeft verzoeker verklaard dat de tijdelijke kroon niet is vergoed en dat hij hierover een beslissing wenst. De commissie stelt vast dat het verzoek ziet op de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van een tijdelijke kroon op immediaat geplaatst implantaat (J87) en de daarbij horende toeslag zone (J19) te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover overweegt de commissie als volgt.
- 8.4. Ten aanzien van de code J87 geldt dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan heeft afgewezen, omdat het plaatsen van een tijdelijke kroon alleen wordt vergoed als deze zich in de zogenoemde 'esthetische zone' (element 14 tot en met 24) bevindt. Vast staat dat bij verzoeker de tijdelijke kroon is geplaatst op element 43. Dat is buiten de esthetische zone, zodat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond vergoeding van deze code af te wijzen. Het voorgaande wordt bevestigd in het advies van 1 augustus 2023 van het Zorginstituut. Dat verzoeker van mening is dat de hoektand wel binnen de 'esthetische zone' valt, omdat deze in zijn geval zichtbaar vooraan in het gebit aanwezig is, maakt dit niet anders.
- 8.5. De commissie overweegt dat met de Prestatie- en Tariefbeschikking tandheelkundige zorg 2022 (TB/REG-22610-02) is bepaald welke prestaties en tarieven door de zorgaanbieder in rekening mogen worden gebracht. Volgens de Prestatie- en Tariefbeschikking tandheelkundige zorg mag behandelcode J19 als toeslag esthetische zone uitsluitend ten behoeve van optimale esthetiek bij implantaatgedragen kroon- en/of brugwerk in het bovenfront gedeclareerd worden. Hiervoor is onder 8.4 vastgesteld dat de tijdelijke kroon bij verzoeker is geplaatst op element 43, dit is het element in de onderkaak buiten de 'esthetische zone'. Om deze reden is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden behandelcode J19 te vergoeden.
- 8.6. Ten overvloede merkt de commissie op dat namens verzoeker op 3 februari en 24 februari 2023 aanvragen zijn ingediend met betrekking tot gebitsreiniging en periodieke controles. Aanvankelijk zijn deze aanvragen door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 10 maart

2023 afgewezen, maar in vervolg op het advies van het Zorginstituut en het spreekuurbezoek bij de adviserend tandarts heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de (extra) preventie - bestaande uit éénmalig 2 x een mondbeschermer of fluoridekap op aanvraag van zijn tandarts, jaarlijks 4 fluoridebehandelingen en 16 gebitsreinigingen van 5 minuten - alsnog goed te keuren. De commissie laat dit punt dan ook verder rusten, maar ziet in dit kader wel aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.7. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering wordt maximaal € 500,- per kalenderjaar vergoed. Op meer dan deze jaarlijkse vergoeding heeft verzoeker geen aanspraak. Hierover zijn partijen niet verdeeld.

Acceptatie voor aanvullende tandverzekering

- 8.8. De commissie constateert dat partijen tot slot zijn verdeeld over het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker te accepteren voor de aanvullende tandverzekering 'AV Tand Optimaal'. Hiertoe overweegt de commissie als volgt. Een overeenkomst en dus ook een verzekeringsovereenkomst, komt op grond van artikel 6:217 BW, tot stand door aanbod en aanvaarding. De aanvraag door een persoon voor een specifieke verzekering is in juridische termen te beschouwen als een aanbod om de desbetreffende (verzekeringsovereenkomst met die verzekeraar aan te gaan. De verzekeringsovereenkomst komt tot stand doordat de verzekeraar het aanbod aanvaardt. Waar het de aanvraag voor een aanvullende verzekering betreft, en niet een verzekering gebaseerd op de Zvw, kan een verzekeraar, met het oog op beperking van de schadelast, besluiten bij de aanvraag gezondheidsvragen te hanteren. Vervolgens mag de verzekeraar besluiten het aanbod niet te aanvaarden als de persoon die dit aanbod heeft gedaan naar de mening van de verzekeraar voor hem een te groot risico vormt. Dat risico kan gelegen zijn in de te verwachten kosten, maar ook betrekking hebben op het 'morele risico', als de aspirant-verzekerde geregistreerd staat vanwege fraude. Voor aanvullende verzekeringen geldt namelijk geen acceptatieplicht op grond van de wet of anderszins. Alleen als de verzekeraar een beleid voert waarbij hij een willekeurig onderscheid maakt tussen aspirant-verzekerden, kan dit anders zijn. Dat die situatie hier aan de orde is, is echter gesteld noch gebleken. Gelet op het voorgaande stond het de ziektekostenverzekeraar vrij gezondheidsvragen te stellen en op basis van de gegeven antwoorden te besluiten verzoeker te weigeren voor de 'AV Tand Optimaal' verzekering. De stelling van verzoeker dat de aanvraag voor de aanvullende tandverzekering al veel eerder werd gedaan dan de aanvraag voor het plaatsen van de kronen treft geen doel. Gegeven de indicatie van verzoeker voor bijzondere tandheelkunde is het niet aannemelijk geworden dat verzoeker, zonder dat de ziektekostenverzekeraar daaraan nadere voorwaarden zou stellen in voorgaande jaren, zonder meer geaccepteerd diende te worden voor de aanvullende verzekering. Inherent aan de nadien ingediende aanvraag voor de 8 kronen is immers dat de door de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk voorgestelde restauratie met composiet al geen reële behandeloptie meer was.

Aanspraak in de toekomst

- 8.9. De commissie kan geen uitspraak doen over de aanspraak op vergoeding van alle toekomstige mondzorg op basis van bijzondere tandheelkunde. Indien een nieuwe aanvraag wordt ingediend, moet deze worden beoordeeld aan de hand van de alsdan geldende wet- en regelgeving, verzekeringsvoorwaarden en de situatie van verzoeker op dat moment.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker op grond van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de behandelcodes J87 en J19;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is verzoeker toe te laten tot de uitgebreide aanvullende verzekering 'Tand Optimaal';
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 6 december 2023,

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 217

1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
2. De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.

Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verwijzing

U heeft 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, 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), SEH-arts, GGD-arts (bij TBC of SOA), verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u 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.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

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

Let op!

Orthodontische zorg door een orthodontist en de bijbehorende kaakchirurgische hulp (osteotomie) vallen alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening als u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
- beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
- beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners).

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. Een autotransplantaat (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVVP) erkende tand-arts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg;
- b. Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
- c. Een kaakchirurg;
- d. Een orthodontist;
- e. 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. De prothese 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 is een universitair of daarmee door De Friesland gelijkgesteld centrum voor het verlenen van zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist.

Verwijzing

Voor een behandeling door de kaakchirurg of door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts.

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 u achttien jaar of ouder bent, kunt u voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij u in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde. U 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 [3.12.2](#) kunt u 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 u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u 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 u achttien jaar of ouder bent, heeft u naast de onder artikel [3.12.1](#) genoemde bijzondere tandheelkunde recht 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 uitneembare volledige prothetische voorziening 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 ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
- c. reparatie en rebasing van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese;
- d. tot de leeftijd van 23 jaar: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als:
 - het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, of;
 - omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat u de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Wie mag deze zorg verlenen

Zorg genoemd onder a.: een kaakchirurg.

Zorg genoemd onder b.: de prothese moet worden geleverd door een tandprotheticus of tandarts.

Zorg genoemd onder c.: een tandprotheticus of tandarts.

Zorg genoemd onder d.: een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

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.

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

Verwijzing

Voor een behandeling door de kaakchirurg heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts, tandarts-specialist, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist of jeugdarts. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond. Gaat u voor de zorg onder b. naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of tandprotheticus u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak. Voor de zorg genoemd onder d. moet u voor zorg door de kaakchirurg zijn doorverwezen door uw tandarts of tandarts-specialist.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland is vereist in de volgende situaties:

- a. de zorg bestaat uit het trekken van een of meer tanden of kiezen onder narcose;
- b. de zorg bestaat uit een osteotomie (kaakstandcorrectie);
- c. er is sprake van vervanging van de prothese (met uitzondering van de tijdelijke prothese) binnen vijf jaar na aanschaf en voor een tijdelijke prothese binnen een half jaar;
- d. u laat een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken;
- e. u laat een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen en de materiaal- en techniekkosten zijn hoger dan ons maximumbedrag;
- f. correctie van de kaak in combinatie met het trekken van een of meer tanden of kiezen;
- g. kinplastiek als zelfstandige verrichting;
- h. botopbouw voor en/of tijdens een implantologische behandeling (pre- en per-implantologische chirurgie);
- i. het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
- j. plastische chirurgie;
- k. tot de leeftijd van 23 jaar: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- l. voor de "Toeslag zeer ernstig geslonken kaak" (code P044). Hier heeft u alleen recht op als u aanspraak heeft op tandheelkundige implantaten en u besluit deze niet te laten plaatsen.

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's.

Eigen bijdrage

- a. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening (kunstgebit) voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten is de eigen bijdrage 25% van de kosten van die voorziening.

In afwijking hiervan is de eigen bijdrage:

- 8% van de kosten per voorziening voor de bovenkaak en 10% van de kosten per voorziening voor de onderkaak, als de zorg bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten (klikgebit);
- 17% van de kosten voor het gelijktijdig plaatsen van een kunstgebit op de ene kaak en een klikgebit op de andere kaak (code J50).

- b. Voor reparatie en overzetting (rebasings) is de eigen bijdrage 10% van de kosten.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u 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.

Let op!

Wij hanteren een maximumbedrag aan materiaal- en techniekkosten voor:

- het maken van een uitneembare volledige boven- en/of onderprothese, al dan niet op implantaten;
- het repareren en rebasen van een volledige prothese;
- tandheelkundige implantaten.

U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.3 Reguliere tandheelkunde (jonger dan achttien jaar)

Inhoud zorg

Als u jonger dan achttien jaar bent, heeft u naast de onder artikel [3.12.1](#) genoemde bijzondere tandheelkunde recht op:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- b. een incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicaties vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie (verdooving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- behandelingen van witte vlekken (codes M80 en M81);
- niet-restauratieve behandelingen van cariës in het melkgebit (code M05);
- therapeutische injecties met botox (code G44);
- therapie met behulp van myofunctionele apparatuur (code G74);
- uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (code C012).

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op zorg verleend door een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. De zorg genoemd onder a. t/m g., i. en m. mag in plaats daarvan ook worden verleend door de mondhygiënist. Voor de zorg genoemd onder i. geldt dit alleen voor één- en tweevlaksvullingen. Voor de zorg genoemd onder g., i. en m. is een opdracht van de tandarts aan de mondhygiënist nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist. Een autotransplantaat (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet geplaatst 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.

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

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

Verwijzing

Voor een bezoek aan de kaakchirurg heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland is vereist in de volgende situaties:

- a. de zorg bestaat uit het trekken van een of meer tanden of kiezen onder narcose;
- b. de zorg bestaat uit een osteotomie (kaakstandcorrectie);
- c. correctie van de kaak in combinatie met het trekken van een of meer tanden of kiezen;
- d. kinplastiek als zelfstandige verrichting;
- e. botopbouw voor en/of tijdens een implantologische behandeling (pre- en per-implantologische chirurgie);
- f. het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
- g. het maken van een kaakoverzichtsfoto (code X21);
- h. meer dan twee fluoridebehandelingen per jaar;
- i. autotransplantaten (code J39, het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u 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.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, omdat dit zorg betreft aan kinderen jonger dan achttien jaar.

3.13 Oncologieonderzoek bij kinderen

Inhoud zorg

U heeft recht op centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Wie mag deze zorg verlenen

De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Vergoeding

Wij vergoeden de zorg volledig als deze wordt verleend door SKION. Wordt de zorg door een andere zorgaanbieder verleend, dan bestaat geen recht op een vergoeding.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, omdat dit zorg betreft aan kinderen jonger dan achttien jaar.

3.14 Paramedische zorg

Inhoud zorg algemeen

U heeft recht op diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie en logopedie zoals diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten respectievelijk logopedisten plegen te bieden.

3.14.1 Diëtetiek

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg met een medisch doel, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u 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.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Opstap	80% van de kosten tot maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Tand Doorstap	80% van de kosten tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

4.2 Dekking AV Tand Standaard en AV Tand Extra

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering vanaf de leeftijd van achttien jaar recht op een vergoeding voor:

- mondzorg zoals genoemd in de geldende beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- materiaal- en techniekkosten.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- orthodontische behandelingen (beugels);
- esthetische behandelingen;
- het uitwendig bleken van elementen;
- een mondbeschermer;
- verdoving door middel van algehele narcose;
- niet nagekomen afspraken;
- keuringsrapporten;
- autotransplantaten (J39);
- een therapeutische injectie met botox (G44).

Wie mag deze zorg verlenen

- Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
- Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Let op!

Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder uw basisverzekering

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg heeft u een verwijzing van de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist :

- a. bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- b. bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;
- c. bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Standaard	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Tand Extra	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

U heeft, met inachtneming van de genoemde uitsluitingen, tot het hierboven genoemde maximumbedrag per kalenderjaar recht op:

- a. 100% vergoeding van consultatie en diagnostiek (C-codes);
- b. 100% vergoeding van preventieve mondzorg (M-codes);
- c. 100% vergoeding van vullingen (V-codes);
- d. 100% vergoeding van verdovingen (A-codes);
- e. 80% vergoeding van de overige codes;
- f. 80% vergoeding van materiaal- en techniekkosten;
- g. 100% vergoeding van de eigen bijdrage voor de volledige onder- en/of bovenprothesen, met uitzondering van de eigen bijdrage voor materiaal- en techniekkosten. Hiervoor geldt een vergoeding van 80%.

4.3 Dekking AV Tand Optimaal

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering vanaf de leeftijd van achttien jaar recht op een vergoeding voor:

- a. mondzorg zoals genoemd in de beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- b. de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- c. materiaal- en techniekkosten;
- d. nieuw ingezette orthodontische behandelingen (beugels), zoals genoemd in de beleidsregel Orthodontische zorg van de NZa (F-codes).

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. esthetische behandelingen, bijvoorbeeld behandelingen in verband met het plaatsen van de brackets aan de binnenkant van het gebit (beugelcategorie 8 en 9) of keramische brackets. U heeft wel recht op vergoeding van doorzichtige beugels (categorie 7, bijv. Invisalign);
- b. het uitwendig bleken van elementen;
- c. verdoving door middel van algehele narcose;
- d. de kosten van niet nagekomen afspraken;
- e. keuringsrapporten, met uitzondering van een keuringsrapport ten behoeve van de acceptatieprocedure voor deze verzekering. Voorwaarde hiervoor is dat de verzekering door De Friesland is geaccepteerd;
- f. de (vervolg)kosten van een orthodontische behandeling (beugels, F- codes) die al was gestart voor de ingangsdatum van de AV Tand Optimaal;
- g. de kosten van reparatie of vervanging bij beschadiging of verlies van bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
- h. autotransplantaten (J39);
- i. een therapeutische injectie met botox (G44).

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- b. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
- c. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- d. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- e. Een orthodontist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Let op!

Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder uw basisverzekering.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg heeft u een verwijzing door de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist:

- a. bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- b. bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;
- c. bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Optimaal	Maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

U heeft, met inachtneming van de eerder genoemde uitsluitingen en tot het hierboven genoemde maximumbedrag per kalenderjaar, recht op:

- a. 100% vergoeding van consultatie en diagnostiek (C-codes);
- b. 100% vergoeding van preventieve mondzorg (M-codes);
- c. 100% vergoeding van vullingen (V-codes);
- d. 100% vergoeding van verdovingen (A-codes);
- e. 100% vergoeding van orthodontie (F-codes) tot maximaal € 750,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur;
- f. 80% vergoeding van de overige codes;
- g. 80% vergoeding van de materiaal- en techniekkosten;
- h. 100% vergoeding van de eigen bijdrage voor de volledige onder- en/of bovenprothese, met uitzondering van de eigen bijdrage voor materiaal- en techniekkosten. Hiervoor geldt een vergoeding van 80%.

4.4 Tandongevallenregeling

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering recht op tandheelkundige zorg waarvan de behandeling gericht is op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen een jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Uitsluitingen

- a. De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen.
- b. De kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:
 - ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
 - grove schuld of opzet van de verzekerde;
 - het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
 - deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Wie mag deze zorg verlenen

Een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. Een autotransplantaat (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVVP) erkende tandarts-parodontoloog of een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

Toestemming

Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming hebben verleend. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.

Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval.

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, 2.8 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.

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 tandheelkundige 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 tandheelkundige 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.